

# ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

## TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

**ERNEST BESNIER**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Membre de l'Académie de médecine.

**A. DOYON**

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.

Correspondant de l'Académie de médecine.

**BROCQ**

Médecin des Hôpitaux.

**A. FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**HALLOPEAU**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Membre de l'Académie de médecine.

**G. THIBIERGE**

Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME

L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. FERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAUT,

J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

**D<sup>r</sup> HENRI FEULARD**

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VI

N° 7. — Juillet 1895

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCV

## CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

---

<b>BOUGIES</b>	porte-remèdes	<b>Reynal</b>	pour les affections de l'urèthre.
<b>CRAYONS</b>	»	<b>Reynal</b>	» de l'utérus.
<b>TAMPONS</b>	»	<b>Reynal</b>	» du vagin et annexes.
<b>SUPPOSITOIRES</b>		<b>Reynal</b>	» du rectum, de la prostate et de la vessie.

**PANSEMENTS** à la glycérine solidifiée et stérilisés, portant toute dose des médicaments à leur surface, inventés en 1843 par M. REYNAL pour traiter les *Maladies des organes génito-urinaires des deux sexes*.

**Médailles : Or, Paris 1875 — Bronze, Exposition universelle, Paris 1878.**

*Les seuls pansements à la glycérine solidifiée admis à l'Exposition Universelle Paris 1889.*

---

Les *Porte-Remèdes Reynal* sont parfaitement appropriés à la forme, à la structure, à la capacité et à la délicatesse des organes auxquels ils sont destinés, et dont ils isolent les parois toute la nuit, si on les place le soir. — La **glycérine** qu'ils contiennent décongestionne les muqueuses et calme l'inflammation. — Ils permettent d'appliquer facilement tous les médicaments solides et liquides : cocaïne, sulfate et chlorure de zinc, iodoforme, tannin, extrait de seigle ergoté, sublimé, etc., etc., et les maintiennent en contact avec le mal, pendant plusieurs heures, et sans la moindre complication.

Les *Bougies* et les *Crayons Reynal* s'opposent à la formation et au développement des **Rétrécissements**.

Les *Tampons* et les *Suppositoires Reynal* portent les médicaments dans les replis et culs-de-sac des muqueuses vaginales et rectales.

Pour éviter les contrefaçons des soi-disants inventeurs des pansements à la glycérine solidifiée, écrivez sur les ordonnances et exigez sur les boîtes le nom du véritable inventeur **REYNAL**.

Dépôt : **MORIDE et C<sup>ie</sup>**, 2, rue de la Tacherie (près l'Hôtel de Ville), PARIS

esent

, le  
de

les  
sus,

la  
été

aire

ot de la res

nt toute

**EYNA**

es.

**s 1878.**

s 1889.

structure

et dont il

ontienne

l'applique

alorure d

intienne

cation.

oppemen

les repli

ents à la

nom du

**ARIS**





## TRAVAUX ORIGINAUX

### NOUVELLE NOTE

#### A PROPOS DE

### L'ORIGINE OSSEUSE DE CERTAINES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

#### EN APPARENCE EXCLUSIVEMENT CUTANÉES

Par le Dr **Adenot**, de Lyon.

Ex-chef adjoint de clinique chirurgicale, chargé des suppléances de services de chirurgie dans les hôpitaux de Lyon.

Nous désirons, à propos de deux nouvelles observations analogues à celles que nous avons publiées dans des mémoires précédents (1), attirer encore l'attention sur les rapports des tuberculoses cutanées avec les lésions osseuses de voisinage. Nous aurions pu d'ailleurs, sans avantage, multiplier beaucoup plus ces faits. Ceux qui sont rapportés ici doivent en partie leur intérêt aux dessins qui les accompagnent.

Nous renvoyons à la thèse de Vallos, au traité si important de M. Leloir et au livre tout récent de M. Du Castel, pour l'histoire générale des tuberculoses cutanées.

Nous devons encore limiter notre sujet, car nous n'envisageons pas toutes les tuberculoses cutanées secondaires à des ostéopathies tuberculeuses.

Mais nous aurons principalement en vue la tuberculose tégumentaire secondaire à une lésion osseuse *et alors que celle-ci aura passé inaperçue*. Ces formes de tuberculose superficielle intéressent tout particulièrement le chirurgien, car l'évolution de la lésion cutanée se trouve intimement liée à celle de l'ostéite sous-jacente.

Lorsque l'ostéite est latente, masquée, sa recherche présente encore plus d'importance et le chirurgien doit être averti que les formes de tuberculose cutanée secondaires aux lésions osseuses sont de beaucoup les plus fréquentes.

Les relations réciproques de la tuberculose de la peau et de celle

(1) De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau en apparence exclusivement cutanées. *Revue de chir.*, 1893.

Des ulcérations lupoldes de la peau du pied, liées à des ostéopathies tuberculeuses sous-jacentes. *Congrès français de chir.*, 1893.

du squelette ne sont pas, il est vrai, envisagées par tous les auteurs de la même manière.

Dans son traité de la scrofulo-tuberculose, M. Leloir paraît considérer l'envahissement des parties molles et du squelette comme secondaire le plus souvent à la lésion cutanée, l'inoculation et la propagation se faisant pour ainsi dire des parties superficielles aux plans profonds : « A la longue, dit-il, l'infiltration scrofulo-tuberculeuse, pénétrant encore plus profondément, envahit l'hypoderme et les tissus sous-jacents, soit d'une façon diffuse, soit sous forme de gros nodules ou de gommès scrofulo-tuberculeuses. Elle gagne ainsi le tissu cellulaire profond, les fascias, les tendons, le périoste, les os et les articulations. Ainsi se produisent des caries, des nécroses, formation d'abcès ossifluents, des gommès scrofulo-tuberculeuses profondes avec toutes leurs conséquences au point de vue de la formation des ulcères des abcès, des fistules, des caries et des nécroses. »

M. Leloir reconnaît cependant l'inoculation fréquente de la peau par des foyers tuberculeux profonds (osseux, ganglionnaires, etc.), et même il a insisté sur l'importance des relations entre « un foyer tuberculeux profond, et l'apparition d'un lupus au point de vue de la démonstration tuberculeuse de ce dernier ».

M. Leloir ajoute qu'il est très remarquable que la tuberculose tégumentaire secondaire à des foyers tuberculeux profonds, se développe sous l'aspect du lupus vulgaire classique. Si on note, en effet, que « c'est à la périphérie de l'orifice fistuleux, résultant de la nécrose caséuse et de l'ulcération du tégument par le foyer tuberculeux que se produit l'éruption des lupomes classiques, il semblerait que c'est par suite de son éloignement du foyer tuberculeux riche en bacilles que la tuberculose tégumentaire se présente sous une forme moins virulente, la forme lupéuse classique ».

Le même auteur a vu aussi trois fois des cas très exceptionnels (qui semblent se rapporter à ceux que nous étudions) et dans lesquels la tuberculose cutanée par inoculation secondaire à des foyers tuberculeux osseux profonds, se présentait sous l'aspect d'une des variétés atypiques du lupus vulgaire, le lupus scléreux papillomateux dans ses différentes sous-variétés.

Rappelons encore à ce sujet les travaux de Renouard, Crosnier (Th. Paris, 1889), de Jeanselme (1889, Congrès de la tuberculose), de Leloir (1884) ; ceux de Morel-Lavallée (*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* (1888-1890), de Lyot et Gauthier (1888, *Bull. Soc. an.*), Priolau (de Brive), *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* (1891). Ces divers auteurs ont signalé des faits de lupus secondaires à des fistules osseuses, à des caries des os des extrémités des membres.

Ainsi, c'est donc une chose bien entendue, un fait très fréquent,

que les tuberculoses cutanées secondaires à des lésions profondes et spécialement à des lésions osseuses.

Mais les auteurs classiques et ceux que nous venons de citer nous paraissent encore trop réservés dans la part qu'ils attribuent au squelette comme point de départ des lésions superficielles.

Cette origine doit être au contraire considérée comme d'autant plus fréquente que les cas si nombreux d'une propagation évidente ont été seuls indiqués et étudiés par les auteurs précédents.

On ne trouve signalé par contre, nulle part, ces *tuberculoses cutanées secondaires aux lésions osseuses latentes et méconnues*.

C'est l'aspect et l'évolution de ces ulcères secondaires à des ostéopathies tuberculeuses méconnues, la difficulté et l'obscurité du diagnostic de cette origine dans quelques cas, que nous allons encore envisager.

Deux faits nous paraissent tout d'abord mériter l'attention : 1° la forme spéciale de quelques placards de tuberculose cutanée qui semblent accompagner exclusivement des ostéites de même nature ; 2° la facilité avec laquelle ces tuberculoses cutanées à forme hypertrophique et végétante peuvent être confondues avec d'autres lésions.

M. le professeur Ollier, qui nous avait conseillé de signaler ces caractères spéciaux de tuberculoses tégumentaires, au Congrès de chirurgie de 1893), leur donne le nom générique d'*ulcérations lupoides*, qui a l'avantage de rappeler le lien étroit qui les unit au lupus en général, bien qu'elles forment une classe nettement à part macroscopiquement.

La peau, et en particulier la peau qui recouvre les extrémités des membres, c'est-à-dire la main et le pied, présentent parfois des ulcérations d'une étendue variable et que l'on n'hésite pas à classer parmi les tuberculoses cutanées.

Ces ulcérations, bien distinctes des formes habituelles de la tuberculose de la peau et des envahissements du tégument secondaires aux gommes tuberculeuses sous-cutanées ou des parties molles, se différencient des autres formes de tuberculose cutanée non seulement par leur aspect macroscopique, mais encore par leur évolution et leur prédisposition extrême à la récidive.

Beaucoup plus rares que les formes tuberculeuses habituelles, les ulcérations lupoides deviennent la source de confusions graves dans leurs rapports avec le squelette et dans leur nature.

Dans son *Traité des résections* (t. III, p. 718), M. Ollier, qui a attiré le premier l'attention sur l'origine osseuse méconnue de ces ulcérations, les signale de la manière suivante : « D'une forme d'ulcère tuberculeux du dos du pied, cutané en apparence, mais d'origine osseuse profonde. Évidemment ou résection des métatarsiens correspondants. Nous avons remarqué plusieurs fois sur le dos du métatarse,

comme à la main sur la face dorsale de la région métacarpienne, des ulcères généralement torpides, quelquefois végétants et papilliformes, d'étendue très variable, atteignant les dimensions d'une pièce de cinq francs, et qui, au premier abord, paraissent superficiels et n'être que des scrofules cutanées. Nous en avons vu sur le bord interne du pied qu'on avait raclés, curettés, cautérisés plusieurs fois, et qui se reproduisaient toujours avec le même caractère. Une petite dépression, située vers le milieu de l'ulcère, sous le tendon extenseur, était restée inaperçue : nous y introduisîmes un stylet, et nous pénétrâmes dans un petit foyer tuberculeux du premier métatarsien. Ce qui peut induire en erreur quand on n'a pas l'attention dirigée sur ce point, c'est que l'ostéite a une forme torpide dès le début, et qu'il n'y a pas de tuméfaction osseuse évidente. »

Le placard tuberculeux, qui se montre parfois très irrégulier de forme, présente dans d'autres cas un aspect d'une parfaite régularité circulaire, comme dans la planche (n° 2) annexée à ce mémoire.

La plaque tuberculeuse est, en général, exubérante et en relief très net sur la surface cutanée voisine. Formée d'une agglomération de tissu fongoiide, elle rappelle de loin les masses fongueuses que l'on trouve si souvent dans les tumeurs blanches ou encore les masses sarcomateuses. Elle s'en distingue par une fermeté plus grande, une consistance plus résistante.

Ces ulcérations, d'une étendue fort variable, peuvent avoir les dimensions d'une pièce de monnaie ou recouvrir la plus grande partie du dos de la main ou du pied, par exemple. Elles empiètent alors plus ou moins sur la face correspondante des orteils ou des doigts ; mais le plus habituellement, elles ne s'étalent pas jusque sur l'extrémité de ces organes.

Les limites de l'ulcération sont en général nettement séparées des portions de peau saine. Celle-ci offre seulement, au voisinage du bourrelet de la tumeur en relief, une zone de quelques millimètres, d'une couleur rouge ou violacée, plus ou moins desséchée ou macérée par les sécrétions séro-purulentes plus marquées au niveau du sillon qui sépare les fongosités d'avec l'épiderme sain.

La surface de l'ulcère est rouge, bourgeonnante, papillomateuse, molle, plus ou moins élastique et saignant facilement, légèrement brillante et comme recouverte d'un vernis très mince ; tantôt plus grisâtre, mamelonnée, avec de fines traînées de pus dans les interstices des bourgeons exubérants d'aspect fongueux. La lésion forme en somme un large placard rappelant assez fidèlement certains épithéliomas de la peau.

En outre de cette forme fongueuse bourgeonnante, on voit fréquemment des formes croûteuses d'aspect un peu différent. Celles-ci coïncident souvent avec des lésions osseuses somnolentes, et leur origine

osseuse peut être facilement méconnue. Ces formes croûteuses indiquent du reste une tendance à la guérison spontanée.

Il est difficile de savoir quelles conditions favorisent plus particulièrement le développement des formes fongueuses ou celui des formes croûteuses. Nous serions disposé à croire, après le grand nombre de malades que nous avons observés à ce sujet, que les ulcérations fongueuses, bourgeonnantes, à forme éléphantiasique, qui sont principalement visées dans ce mémoire et qui se développent en somme au niveau de lésions tuberculeuses torpides et peu virulentes sont restées à l'abri de l'infection extérieure. Bien que l'évolution de la lésion ait été favorisée alors par une irritation de cause mécanique, cette irritation extérieure ne s'est pas compliquée d'infection. D'ailleurs, les causes d'irritation extérieure qui peuvent modifier une lésion de plusieurs manières, le font aussi suivant la nature du terrain sur lequel elles se sont développées.

Dans les formes croûteuses, la suppuration, qui est facile à mettre en évidence quand on a détergé la surface de l'ulcère, indique au contraire qu'une infection mixte est surajoutée.

Nous n'avons pas encore malheureusement d'examen bactériologiques qui puissent appuyer cette supposition.

Les ulcérations lupoides cutanées s'observent, avons-nous dit, principalement aux extrémités des membres, à la main, au niveau d'un spina-ventosa par exemple, et au pied. Mais, en certains autres points, elles peuvent se présenter, même assez fréquemment. Le coude est dans ce cas, et en général les parties du corps où les extrémités des os longs sont superficielles. M. Leloir, dans son beau livre, a signalé des cas se rapportant à des régions autres que les extrémités des membres, mais celles-ci tiennent de beaucoup la première place comme siège de la lésion.

Les malléoles très superficielles et fréquemment atteintes de tuberculoses deviennent rapidement le point de départ de lésions cutanées qui peuvent, dans quelques cas, revêtir la forme lupôide, et les connexions avec le squelette peuvent aussi passer inaperçues.

Un des premiers cas observés par M. Ollier à ce point de vue est résumé par lui de la manière suivante :

Obs. — En 1873, il opéra un jeune homme de Lamastre, âgé de 19 ans et qui était venu lui demander des soins pour une ulcération, rouge par places, croûteuse et sèche sur d'autres points, lupôide, siégeant en avant et un peu au-dessous de la malléole externe, à 15 millim. de son sommet. Des améliorations presque complètes et des récidives désespérantes se succédaient depuis plusieurs mois sous l'influence des traitements intermittents de l'ulcère. Aucune douleur ni tuméfactions notables n'étaient perçues du côté de l'os.

En explorant avec un stylet la surface inégale de l'ulcère, M. Ollier

trouve un petit trajet conduisant vers la malléole sur un point osseux malade. Il incise la peau jusqu'à l'os qui était recouvert de fongosités sur un espace de quelques millimètres. Le grattage de l'os mit fin complètement à toute récidue.

Une ulcération analogue chez un autre malade s'était développée à la suite d'une scaphoïdite tuberculeuse. L'extirpation du foyer osseux put seule amener une guérison définitive. Tous les os du tarse d'ailleurs ont pu être reconnus malades dans des conditions analogues.

Signalons encore l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, le premier cunéiforme et le premier métatarsien, le calcanéum qui sont notés plusieurs fois dans les observations analogues.

Nous citerons encore quelques faits bien nets de ces ulcérations lupoides :

Obs. — Homme âgé de 48 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il présentait sur la peau dorsale du pied gauche une vaste lésion qui occupait la totalité de la région, respectant les orteils et n'atteignant pas l'interligne tibio-tarsien. La lésion était constituée par une surface surélevée, papillomateuse, à bords nettement saillants sur un tégument sain.

Cette observation nous a été communiquée par le Dr Audry (de Toulouse). Nous l'avons rapportée dans un mémoire antérieur.

Notre maître M. le Dr Gangolphe nous avait fourni à ce sujet l'observation suivante, bien démonstrative :

Obs. — M. X... entre dans un grand service de chirurgie étranger, pour y être traité d'une ulcération bourgeonnante de la dimension de la paume de la main, ayant envahi la plus grande partie de la face dorsale du dos du pied gauche. On me présente, dit M. Gangolphe, le malade comme étant porteur d'une affection cutanée probablement tuberculeuse. Me souvenant, dit M. Gangolphe, de faits analogues observés pendant mon clinicat dans le service de M. le professeur Ollier, j'examine aussitôt soigneusement le squelette du pied. La face plantaire du côté correspondant se trouvait moins concave que celle du côté sain ; en pressant sur la légère tuméfaction, on réveillait une douleur marquée surtout en un point correspondant à la partie moyenne de l'interligne de Lisfranc. Un peu de pus humecta en même temps la surface de l'ulcération. Une exploration plus complète au stylet révéla une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'interligne tarso-métatarsien des quatrième et troisième orteils.

Cet abcès plantaire d'origine osseuse avait complètement échappé à l'examen antérieur.

L'ulcération dorsale seule avait été constatée (1).

— Obs. — F. M..., âgé de 13 ans et demi, entre à la clinique de M. Ollier, salle Saint-Sacerdos, le 19 mai 1885 (fig. 1).

*Antécédents personnels* très suspects. Il y a huit ans, il reçut un coup

(1) V. aussi GANGOLPHE. *T. des affections infectieuses et parasitaires des os*, 1894.  
— *Ulcérations tuberculeuses*, ADENOT, *Rev. de chir.*, 1894.



de bâton sur la première phalange du médius de la main gauche; il y a deux ans apparurent à ce niveau de petits boutons sur les caractères desquels le malade ne peut donner de renseignements précis. Depuis un an, la lésion s'est singulièrement étendue. Elle occupe actuellement la plus grande partie de la face dorsale de la main depuis le poignet jusqu'à la naissance des doigts. Elle s'étend sur la peau de la deuxième phalange du médius dont le tendon fléchisseur s'est rétracté. La première phalange est atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse. La lésion est à peu près indolente depuis longtemps. Le malade est en outre porteur d'un mal sous-



FIG. 1. — Ulcération de la peau des régions métacarpiennes consécutive à une ostéite de la première phalange du médius (1).

occipital avec abcès rétro-pharyngien. Il y a un an, il a eu de l'arthrite vertébrale qui a amené un torticolis.

L'opération a consisté du côté de la main en un raclage de la tuberculose cutanée avec la curette. Dénudation de l'os, la première phalange seule du médius est malade, elle a été atteinte d'ostéite juxta-épiphysaire. La base est séparée du corps de l'os qui est évidé.

Résection de la partie malade.

Voici une autre observation qui provient du service de M. Ollier :

Ons. — C. F..., de Empurang, entre au mois de février 1880 à la salle Saint-Pierre, présentant un ulcère fongueux de la main et une carie du troisième métacarpien.

(1) Nous remercions M. Alcon qui a bien voulu nous prêter le cliché de ce dessin dont l'observation a déjà paru dans la *Revue de chirurgie* en 1893.

Il y a six ans que cette malade s'aperçut de la présence d'une petite tumeur sur la face dorsale de la main ; cette tumeur s'ulcéra et l'ulcération s'étendit progressivement jusqu'à occuper la presque totalité de la face dorsale de la main. De temps en temps, il y avait sous l'influence d'un pansement, un commencement de cicatrisation, puis la malade se négligeait et l'ulcération reprenait de plus belle.

Actuellement, on constate sur la face dorsale de la main, une ulcération circulaire de 6 à 7 centim. de diamètre. Le fond est constitué par des bourgeons grisâtres, mamelonnés. Les bords sont irréguliers. La peau est un peu grisâtre. Avec un stylet on trouve des trajets assez profonds, mais on ne trouve pas de point osseux dénudé.

Après avoir pendant quelques jours renouvelé un pansement soigné et légèrement compressif, un commencement très net de cicatrisation s'établit.

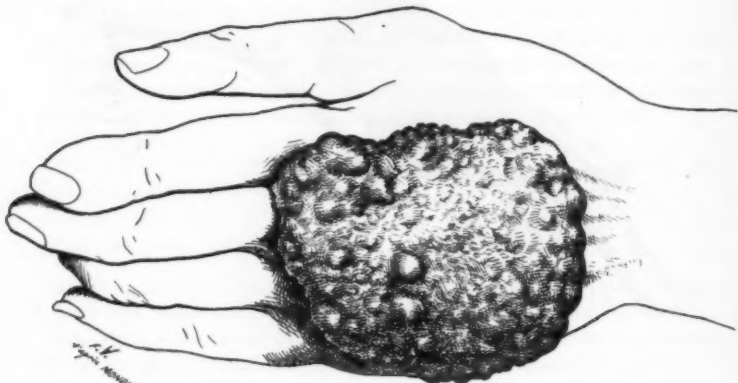


FIG. 2. — Ulcération lupioïde tuberculeuse d'origine osseuse (1).

A ce moment, par suite de la diminution des bourgeons en partie réprimés, on parvient facilement avec le stylet à découvrir une fistule conduisant dans la profondeur sur un point osseux. Une opération définitivement curative est alors décidée :

Après anesthésie de la malade, on enlève par le raclage toutes les fongosités. Cela fait, on peut se rendre compte facilement et exactement des trajets fistuleux par lesquels on arrive sur le métacarpien dénudé. Puis, après incision et décortication du périoste, on pratique l'ablation sous-périostée des deux tiers antérieurs de ce métacarpien, y compris sa tête articulaire.

L'examen des portions osseuses enlevées démontre qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse.

L'état de la malade s'améliore rapidement, et, le 16 avril 1880, elle quitta le service presque complètement guérie.

(1) Cette planche a été faite d'après une aquarelle dessinée par M. le Dr Mondan.



Quelle que soit la région où ces ulcérations en apparence exclusivement cutanées se développent, elles comprennent dans leurs rapports avec la lésion du squelette sous-jacent, deux formes cliniques différentes que nous avons déjà indiquées dans notre mémoire de la *Revue de chirurgie*, en 1893.

1° *Ulcérations lupoides en rapport de continuité avec la lésion osseuse sous-jacente.* — Ce premier groupe, certainement le plus nombreux, comprend des ulcères indolents, d'étendue très diverse, et dont l'origine osseuse avait pu tout d'abord sembler évidente; l'abcès osseux s'étant vidé par une fistule, celle-ci peu à peu s'est tarie et si des fongosités exubérantes envahissent l'orifice extérieur, elles peuvent en masquer complètement la lumière.

La lésion osseuse qui a causé tout le mal peut sommeiller pendant un temps prolongé et le chirurgien qui n'aura pas assisté à l'évolution primitive du processus osseux, pourra en méconnaître l'existence et ne pas découvrir le trajet de continuité parfois très minime réunissant le point osseux malade à l'efflorescence cutanée. Celle-ci, à la suite de l'irritation causée par la marche, les frottements des chaussures, le défaut de soins de propreté, pourra prendre une extension tout à fait inusitée, tandis que l'inflammation de l'os lui-même sommeille. Dans certaines professions manuelles, le frottement du dos de la main sur l'outil a pu de même entretenir le foyer tuberculeux superficiel.

Il sera d'autant plus difficile de saisir la relation pathologique qui existe entre les plans superficiels et le squelette malade, que la fistule qui les faisait communiquer a pu non seulement se tarir et se laisser masquer par des bourgeons fongueux, mais que tout son trajet rétréci se sera cicatrisé en partie et se sera réduit progressivement. En pareil cas même, la lésion cutanée pourra s'améliorer par un traitement local approprié, mais si la lésion osseuse a été méconnue, des récidives du côté du tégument apparaîtront fatalement et d'une façon désespérante.

2° *Ulcérations lupoides d'origine osseuse, mais en rapport de continuité interrompue avec le squelette sous-jacent.* — Cette seconde forme plus rare que la précédente ne présente pas non plus le même intérêt thérapeutique. Dans ces cas, l'os a guéri spontanément, le trajet fistuleux s'est comblé dans les parties profondes juxtaposées à l'os, mais l'ulcère cutané a persisté; l'origine osseuse n'en a pas moins existé; souvent même cette forme peut s'accompagner d'infiltrations étendues de fongosités sous la peau du côté des gaines tendineuses ou musculaires et l'envahissement des gaines peut remonter très haut et s'étendre fort loin.

C'est ainsi que l'on pourra croire à des synovites fongueuses primitives du pied, à la face plantaire et dorsale du poignet, alors qu'il

s'agit simplement de lésions osseuses primitives suivies d'envahissement à distance des parties molles par le foyer osseux, qui plus profond, moins exposé, par conséquent plus protégé, aura guéri plus facilement.

Quant aux synovites chroniques tendino-musculaires ou articulaires primitives, nous les admettons possibles sans les croire aussi fréquentes que paraissent l'admettre les ouvrages classiques. (Exemple, des synovites tuberculeuses de la main secondaires à des lésions très minimes des os du carpe.)

Nous établirons encore, comme dans notre mémoire cité plus haut, un rapprochement entre l'origine osseuse méconnue souvent des tuberculoses cutanées, d'une part, et de certaines lésions de même nature et de même origine des parties molles sous-cutanées (tendons, muscles, synoviale, tissu conjonctif), d'autre part.

Ces deux formes cliniques (rapport de continuité persistante ou interrompue) constituent les formes les plus nettes de ces ulcérations dans leurs rapports avec le squelette sous-jacent, mais ce ne sont pas les seules modalités que ces ulcérations puissent présenter à ce point de vue.

Dans des cas plus rares, moins nets, plus difficiles à mettre en évidence, les lésions sont aussi moins schématiquement disposées les unes par rapport aux autres.

Les tissus sous-jacents de voisinage peuvent, en effet, se prendre secondairement, comme nous l'avons dit, et les tuberculoses cutanées ne sont pas à l'abri de toutes les complications observées dans les tuberculoses des parties molles. Des gommes scrofulo-tuberculeuses du tissu conjonctif peuvent se produire au voisinage; des fongosités émanées de la lésion osseuse sous-jacente ou de la lésion cutanée qui en dépend, peuvent s'infiltrer dans les gaines tendineuses et provoquer des rétractions, des déformations irréparables.

Qu'il nous soit permis de reproduire à propos de ces faits difficiles à classer (mais qui ne sont en réalité que des modalités des ulcérations en rapport de continuité plus ou moins interrompue avec l'os sous-jacent), ce que nous en avons dit ailleurs sur ce sujet (1).

« Si on recherche avec un stylet le trajet fistuleux qui forme le trait d'union entre ces diverses lésions, on le trouve habituellement; d'autres fois les trajets se cicatrisent par places, au hasard de l'activité cicatricielle et réparatrice des tissus envahis et il peut arriver que les foyers profonds s'isolent pour guérir spontanément.

D'autres fois enfin la lésion osseuse a guéri depuis longtemps, spontanément, sans causer tout d'abord d'envahissement tégumentaire. Ce n'est que plus tard, dans la cicatrice d'une fistule ou d'un abcès

(1) *Rev. de chir.*, 1893.

secondaire de voisinage, que cette lésion cutanée se développe, bien que ces cicatrices paraissent n'être rattachées par aucun lien à la lésion osseuse préexistante et éteinte. Les mêmes inoculations à échéance éloignée sont signalées dans les autres formes de lupus de la peau.

L'observation du Dr Audry peut être citée comme exemple de cette évolution tardive au sein d'une cicatrice.

Nous pensons que, dans ces cas, ont pu se produire des infections locales par les voies lymphatiques, mais que surtout de petits foyers sommeillent multiples, disséminés dans les parties molles, comme formant des étapes successives et isolées, réunissant d'une manière vague, réelle cependant, l'os et les parties molles superficielles.

Cette évolution, torpide, lente, par très petites poussées successives, aboutissant enfin à une ulcération cutanée qui paraît, au premier examen, n'avoir aucun rapport de cause à effet avec la carie de l'ostéoarthrite de voisinage, s'accorde du reste avec les recherches expérimentales. Il s'agit de tuberculoses atténuées, de tuberculoses osseuses bénignes, qui ne se généralisent pas, et sont rarement graves. Elles guérissent spontanément le plus souvent, et n'était l'ulcère qui peut évoluer plus ou moins tardivement, elles passeraient presque inaperçues par leur indolence, le peu de réaction du côté de l'os, qui, nous l'avons vu, ne présente dans ces cas, ni gonflement, ni point sensible.

Nous donnons donc à l'origine osseuse une part prépondérante dans ces formes de tuberculose cutanée et dans ces formes seulement, que la relation ait persisté dans les deux foyers, ou qu'elle ait été interrompue.

*Diagnostic, ses difficultés.* — Non seulement il est parfois difficile d'établir une relation entre les ulcérations lupoides et leur origine plus osseuse, mais le caractère et la nature même de ces ulcérations peuvent être complètement méconnus. On peut les confondre, par exemple, avec certaines tumeurs malignes, l'épithélioma de la peau en particulier. Le diagnostic différentiel de ces variétés est parfois très difficile et ne peut être définitivement posé que par un examen histologique pratiqué en faisant des coupes très profondes pour retrouver les lupomes (An. path. du lupus : Leloir et Vidal, *Soc. de biol.*, 1882).

Les inoculations seront aussi d'un grand secours.

Notre maître, M. Poncet, nous a communiqué un cas très remarquable de large ulcération papillomateuse du pied sur la nature épithéliomateuse de laquelle il avait dû faire d'importantes restrictions.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une vaste ulcération tuberculeuse ayant provoqué des désordres étendus et de graves déformations.

Voici cette observation, accompagnée d'une planche dessinée d'après nature (fig. 3) :

OBS. — Jean-Marie J..., entré en 1889 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis. Il présente un vaste ulcère cancréomégal du pied droit, consécutif à la dégénérescence d'un vieux foyer d'ostéite astragalo-calcanéenne.

Les orteils sont complètement déformés et en partie masqués par les fongosités exubérantes qui ont envahi la plus grande partie de la surface du pied aussi bien à la région antérieure qu'à la région postérieure.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses hypertrophiques. La planche ci-jointe indique très nettement l'aspect de la lésion qui avait fait penser tout d'abord à une dégénérescence cancréomégale et qui se rapportait en réalité à une simple ulcération lupoidale de nature tuberculeuse.

Dans ce cas, l'examen microscopique n'empêcha pas l'amputation, qui fut pratiquée au-dessus du genou, en raison de l'état grave du sujet, de l'ancienneté de la lésion et des déformations considérables qui l'accompagnaient.

Nous pourrions encore signaler la confusion possible de ces ulcérations lupoides avec certains ulcères hypertrophiques observés chez les syphilitiques et à développement favorisé par des irritations étrangères (frottements des chaussures, etc.). La face postérieure du pied, le talon, sont, en pareil cas, des lieux d'élection.

Nous avons été témoin d'un fait très instructif. Il s'agissait d'une ulcération végétante, développée à la face postéro-externe du pied, en dehors du tendon d'Achille, chez une femme âgée d'une soixantaine d'années. La plaie était très mal soignée et la malade la recouvrait de substances malpropres.

Les antécédents syphilitiques niés ou ignorés avaient été complètement méconnus jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Notre maître, le Dr Rochet, chirurgien-major de l'Antiquaille, diagnostiqua une lésion syphilitique.

Le traitement spécifique confirma le diagnostic qui, avant l'examen du Dr Rochet, était resté hésitant pendant quelques jours entre ces trois formes d'ulcérations hypertrophiques végétantes :

Ulcerations lupoides hypertrophiques,

Ulcération cancréomégale,

Ulcération syphilitique hypertrophique à forme sarcomateuse.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une lésion lupoidale de la peau, il faudra donc, avant tout, rechercher le point osseux malade. Le stylet est indispensable pour pratiquer convenablement une pareille recherche. Il faut explorer prudemment, car ces végétations lupoides saignent facilement. On recherchera, d'après la situation de l'ulcération, les points qui sont les sièges de prédilection des ostéites limi-

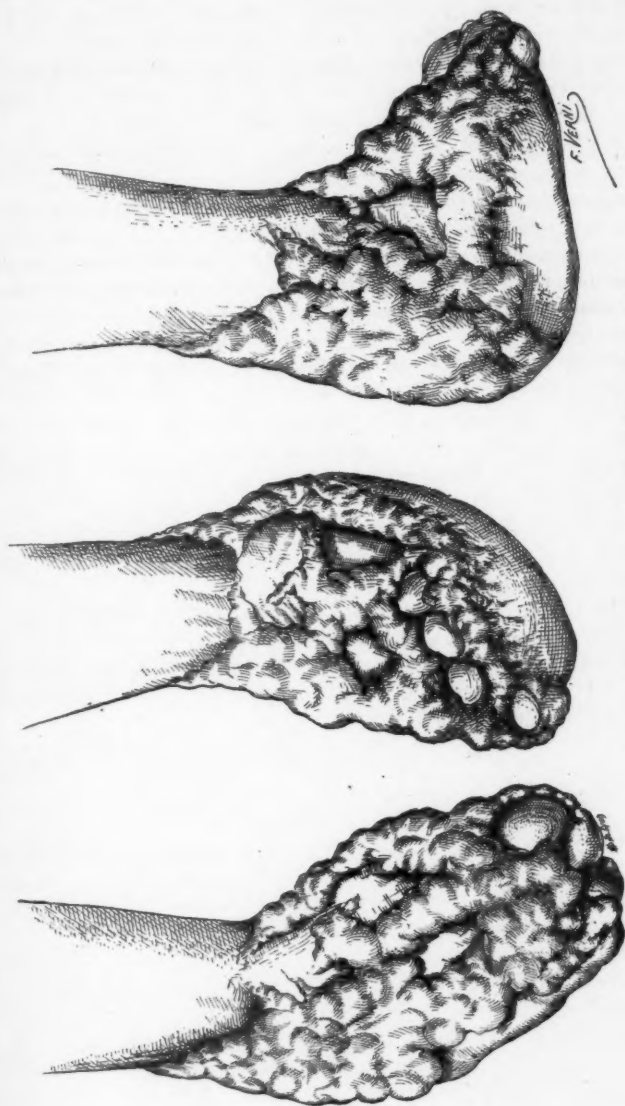


FIG. 3. — Ulcérations tuberculeuses hypertrophiques d'aspect cancéreux.

tées du pied ou de la main. Cette recherche exige des soins et de la patience, car le trajet fistuleux, à cause du clivage des aponévroses, de la présence des tendons, est irrégulier, tortueux, pouvant se prolonger à des distances inattendues. Enfin, si le point osseux malade ne peut être retrouvé, les commémoratifs, la marche de l'ulcère, l'état antérieur de la région, devront être recherchés avec soin et permettront souvent de deviner un foyer osseux préexistant guéri ou tari momentanément.

Ordinairement, aucune tuméfaction osseuse, aucune douleur n'attire l'attention dans ces formes insidieuses.

Le traitement de ces altérations lupoides consiste, avons-nous dit, avant tout, naturellement dans le curettage de la lésion cutanée; mais ce raclage restera complètement illusoire, et principalement dans les formes récidivantes, s'il n'est pas complété par l'ablation de l'os malade ou tout au moins par l'évidement du foyer et sa cautérisation énergique au fer rouge.

Les gaines des tendons et des muscles seront explorées et nettoyées si des infiltrations se sont produites dans leur direction; au pied, ces infiltrations et ces fusées seront recherchées avec soin. C'est la déformation de la région plantaire par un abcès de ce genre qui permit à M. Gangolphe, dans le cas signalé plus haut, de poser un diagnostic imprévu d'une lésion dont la nature était complètement méconnue par un chirurgien cependant expérimenté.

Enfin, l'étude des commémoratifs dans les récidives de tuberculoses cutanées ou synoviales, ou tendineuses, etc., permettra souvent d'attribuer à une origine osseuse une lésion primitive née du squelette, et qui, plus tard, en a été complètement séparée et a évolué pour son compte.

## LUPUS DE LA LANGUE, AVEC EXAMEN HISTOLOGIQUE

(*Lupus papillomateux, avec dégénérescence hyaline.*)

Par J. Darier.

Communication à la Société française de Dermatologie.

L'extrême rareté du lupus de la langue, qu'aucun des médecins de cet hôpital ne m'a dit avoir observé et dont il n'existait jusqu'ici pas de moulage au musée de Saint-Louis, m'engage à vous présenter cette malade du service de M. le D<sup>r</sup> Besnier que j'ai l'honneur de suppléer.

Augustine V..., âgée de 21 ans, est atteinte d'un lupus vulgaire de la presque totalité de la face, accompagné de nombreux placards lupiques sur le cou et l'avant-bras droit.

Le début de cette affection remonte à l'âge de 3 ans. Le lupus paraît avoir pris son point de départ dans un abcès ganglionnaire sous-maxillaire qui s'est ouvert spontanément. De là, par son accroissement incessant, il a progressivement envahi la face ; les placards aberrants de la nuque et du membre supérieur n'auraient apparu qu'à l'âge de 10 ou 12 ans.

En décembre 1891, on prit un moulage de la face (1), et la malade fut confiée par M. Besnier à M. Broca, qui pratiqua une rugination chirurgicale aussi complète que possible de toutes les lésions. Peu de mois après, l'affection avait repris son aspect antérieur. Ce traitement énergique avait donc échoué ; toutes les autres médications internes et externes qui ont été successivement mises en usage, soit avant, soit après cette intervention, n'ont pas eu un résultat plus heureux. Mais l'activité proliférante des masses lupiques n'est pas la seule cause de cet insuccès ; il faut accuser aussi l'extrême pusillanimité de la malade et son intolérance pour tous les traitements actifs.

Actuellement, toute la face et les parties latérales de la tête sont prises à l'exclusion du front et de l'oreille gauche ; le cuir chevelu n'est pas envahi ; le bord ciliaire des paupières est libre. Le nez, dont toute la moitié inférieure a disparu, est réduit à un petit tubercule de forme pyramidale. La bouche est déformée et transformée en un orifice permanent de 3 centimètres de hauteur sur 4 de largeur, par abaissement de la lèvre supérieure à droite, cette lèvre étant en même temps très épaisse et indurée, et destruction à peu près totale de la lèvre inférieure. Le lupus occupe en outre le menton, toute la région hyoïdienne et la partie supérieure des deux régions sterno-mastoldiennes. Sur le cou, à droite, on trouve quatre placards lupiques dont l'un a l'étendue d'une pièce de cinq francs ; deux autres plus petites siègent sous la clavicule droite et dans l'aisselle

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 1643.



gauche. Au pli du coude droit et sur la face antérieure de l'avant-bras il y a deux plaques de la grandeur de la moitié de la main.

Toutes ces parties envahies sont d'un rouge jaunâtre, marbrées de raies blanches et de télangiectasies; elles sont limitées par des contours géographiques et par places environnées de tubercules isolés. Les téguments y sont épaissis, saillants; ils sont érodés sur certains points des joues, ulcérés autour de l'orifice buccal où l'on voit des bourgeons charnus mollasses. Sur les surfaces d'aspect cicatriciel on distingue d'innombrables masses lupiques isolées ou confluentes, jaunâtres, demi-transparentes et molles, enchâssées dans un tissu ferme et scléreux.

L'état des *muqueuses* nous intéresse particulièrement. Les conjonctives sont intactes. Les fosses nasales ne peuvent pas être examinées, l'orifice narinaire gauche étant complètement oblitéré par une cicatrice, le droit réduit à un pertuis qui admet à peine un stylet.

Par l'orifice buccal toujours béant on voit les incisives supérieures cariées et les inférieures déchaussées et enduites de tartre. Les dents sont presque toutes cariées et mal plantées, se chevauchant les unes les autres, en raison d'un rétrécissement transversal considérable des deux maxillaires. La voûte du palais, ogivale, en gouttière, admettant à peine l'extrémité de l'index, est occupée dans ses deux centimètres antérieurs par une plaque lupique, exulcéreuse, avec bourgeons roses sur fond grisâtre.

La joue droite a sa muqueuse cicatricielle et gonflée; à gauche, elle est infiltrée, bourgeonnante. Les gencives, très difficiles à explorer, sont ulcérées et bourgeonnantes au niveau des incisives inférieures.

Le voile du palais, cicatriciel et lisse, est tendu par les piliers rétractés et ne laisse entre lui et la langue qu'un orifice ovalaire de 15 à 18 millimètres, qui représente l'isthme du gosier; la luette a totalement disparu. La paroi postérieure du pharynx présente une surface granuleuse et paraît être le siège d'une infiltration lupique en nappe. L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué et sera difficile en raison de la déformation des parties; la voix est nasonnée, mais non pas enrouée.

La *langue* présente dans ce cas l'intérêt principal. On y remarque deux plaques lupiques en dehors desquelles l'organe est parfaitement normal (1).

La première de ces plaques, ovalaire et allongée d'avant en arrière, mesurant 1 cent. sur 8 millim., est située sur le dos de la langue, à gauche du raphé, et arrive à 6 ou 8 millim. de la pointe et du bord latéral gauche.

Elle offre une saillie appréciable, plus accentuée à son milieu. Elle n'est pas ulcérée, mais sa surface est mamelonnée, couverte d'élevures hémisphériques ou fongiformes inégales, du volume d'un grain de millet pour les plus grosses, de couleur rougeâtre ou grisâtre, séparée par des sillons d'un blanc gris. Celles du centre de la plaque sont un peu plus hautes que celles de la périphérie. Le bord de la plaque est limité nettement par une collerette de petites élevures papillaires.

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, moulage n° 799.



Au toucher on constate une fermeté remarquable de la lésion, mais l'induration est superficielle ; il n'y a pas d'empâtement profond. L'indolence est absolue, la malade n'éprouve qu'une sensation de corps étranger sur la langue et laisse palper la plaque sans aucune crainte.

La seconde plaque siège sur le bord gauche de la langue, à cheval sur ce bord, et à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de l'organe. Elle est plus étendue et aussi saillante ; sa surface est grisâtre, granuleuse, surmontée de petites élevures, qui sont moins hautes et moins nombreuses que celles de la première plaque. Cette plaque est moins nettement limitée et ses bords diffus ne sont pas bordés par une collerette papillaire. Sur la face inférieure de la lésion on remarque une minime ulcération, anguleuse, à fond grisâtre, paraissant provoquée par le contact d'une dent cariée. Cette plaque est autant indurée sinon plus que la première, et absolument indolente.

L'époque d'apparition de ces plaques ne peut être précisée ; nous les avons découvertes au mois de mai 1895, à l'occasion de névralgies faciales dont se plaignait la malade. Elle déclare qu'elles ont apparu d'une façon tout à fait insidieuse, sans qu'il y ait eu de morsure, de piqure, de traumatisme ou de lésion quelconque, et qu'elle n'éprouvait que la gêne causée par leur saillie. Elle dit avoir montré un « petit bouton » sur sa langue à la religieuse du service en janvier dernier, mais celle-ci n'en a conservé aucun souvenir. Elle croit aussi que ce bouton remonte au mois de novembre ou de décembre, mais est très peu affirmative à cet égard. L'insidiosité, l'indolence parfaite de ces lésions ressortent clairement de cette absence de souvenirs sur leur début, et ces caractères doivent être mis en regard de la vive sensibilité qui appartient d'ordinaire aux ulcérations tuberculeuses vulgaires de la langue.

J'ajouterai que le palper fait reconnaître difficilement la présence de quelques petits ganglions indurés dans les fosses sous-maxillaires ; que la malade ne tousse ni ne crache, mais que l'examen des poumons révèle aux deux sommets et surtout à droite, une submatité légère, avec une exagération des vibrations, un timbre soufflant de la respiration aux deux temps, sans râles ni craquements, signes d'une induration scléreuse certaine.

L'état général est très bon, la malade n'a pas maigri, et toutes les fonctions se font normalement.

Les caractères spéciaux de ces lésions linguales, leur coïncidence avec un lupus rebelle et en constante activité, rendent superflue toute discussion de diagnostic dans ce cas, à ce qu'il me semble tout au moins.

J'ai toutefois tenu à confirmer le diagnostic par l'examen histologique. A cet effet, j'ai excisé un segment de la plaque antérieure, comprenant le milieu et les bords de cette plaque.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les coupes, faites après durcissement dans l'alcool et inclusion dans la paraffine et soumises aux réactifs colorants les

plus divers, m'ont permis de reconnaître : 1° qu'il s'agit bien de lupus ; 2° que dans ce lupus il y a une dégénérescence cellulaire très particulière.

Si l'on examine les coupes en partant du bord de la plaque et en se dirigeant vers son centre, on remarque tout d'abord un allongement considérable des papilles et une hypertrophie extrêmement marquée de l'épiderme, et surtout des bourgeons interpapillaires. Les papilles réunies en groupes qui correspondent aux mamelons visibles à l'œil nu, sont séparées par des prolongements épithéliaux assez larges, un peu irréguliers, et pénétrant profondément entre elles. Près du centre de la plaque le sommet des papilles n'est au contraire revêtu que d'une couche épithéliale peu épaisse ; partout l'épithélium est infiltré de cellules migratrices assez nombreuses. Les papilles renferment des vaisseaux dilatés pour la plupart, et des cellules d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche du milieu de la coupe ; cette infiltration cellulaire est encore plus marquée à la base des papilles et dans le derme sous-jacent. D'emblée on est frappé de la distribution figurée de cette infiltration qui se groupe en nodules plus ou moins volumineux. Les cellules qui composent ces nodules sont diverses et ordonnées le plus souvent comme suit : au centre se voient une ou plusieurs cellules géantes, parfois énormes, renfermant de 20 à 50 noyaux et davantage, et des cellules peu colorées, épithélioïdes, polynuclées souvent ; autour sont des cellules grandes ou petites présentant les caractères morphologiques et les réactions de coloration des plasmazellen d'Unna ; dans l'intervalle des nodules, disséminées dans le chorion et dans les papilles, il y a des cellules plasmatiques, des cellules conjonctives fusiformes, des leucocytes et des éléments dégénérés dont je parlerai plus bas ; les mastzellen y sont rares ; le réseau élastique est morcelé et réduit en flocons inégaux.

A cette description il est facile de reconnaître qu'on est en présence d'une plaque de lupus reconnaissable à ses follicules tuberculeux spéciaux : il y a six ou huit de ces follicules et environ douze ou quinze cellules géantes dans chaque coupe. Il n'y a pas de processus scléreux autour des nodules, sinon peut-être dans les parties profondes du fragment où se voient quelques bandes fibreuses ; partout ailleurs le tissu conjonctif, loin d'être hyperplasié, est seulement dissocié par l'infiltration cellulaire. L'allongement des papilles et l'accroissement très marqué des bourgeons interpapillaires caractérisent un *lupus papillomateux*. J'avoue n'avoir pas fait la recherche des bacilles de Koch dans les coupes, et avoir reculé devant une excision suffisamment large pour permettre des inoculations aux animaux ; mais les résultats de l'histologie m'ont paru suffisamment probants.

L'examen des coupes même non colorées et à l'aide d'un faible grossissement y fait reconnaître la présence d'un grand nombre de boules réfringentes disséminées dans le corps papillaire et dans le chorion. L'emploi d'un très grand nombre des réactifs colorants usités en histologie m'a permis de me renseigner sur leur signification et leur nature. Ces boules sont à peine teintées par l'acide osmique, ne sont solubles ni dans les alcalis, ni dans les acides, ni dans les essences ; elles ne fixent pas l'iode ; elles se colorent en jaune orangé par le picro-carminate.

Les plus belles préparations sont obtenues par la safranine qui teint les boules en rose, par la thionine phéniquée qui les colore en bleu verdâtre, alors que les noyaux sont bleus, par le bleu polychromé et le créosol qui les fait ressortir en bleu presque noir, mais surtout par l'hématoxyline et l'éosine qui fournissent une double coloration des noyaux en bleu et des boules réfringentes en rose. Par la méthode de Gram-Weigert la substance des boules pâlit si l'on emploie l'aniline pure comme décolorant ; elle reste violette si l'on use d'un mélange d'aniline et de xylol.

Ces réactions permettent de reconnaître qu'il ne s'agit ni de graisse, ni d'une substance calcaire, ni d'amyloïde, mais bien de substance *hyaline*. Presque toutes les boules hyalines, qui sont arrondies ou ovalaires, jamais allongées en boyaux sur aucune coupe, présentent par les colorants nucléaires un noyau intimement accolé à leur substance, souvent aplati par elle ou déformé en demi-sphère, en calotte, ou en coin. Ces boules sont donc des cellules dont le protoplasma est en dégénérescence hyaline. Très fréquemment la matière hyaline est divisée en segments à facettes entre lesquels se voit une très mince cloison protoplasmique. Il est exceptionnel de trouver une cellule au début de la dégénérescence, ne renfermant qu'une parcelle ou une boule minime de substance hyaline ; en pareil cas il semble bien que l'on ait affaire à des cellules conjonctives ou plasmiques. Les faisceaux conjonctifs, les parois vasculaires, les fibres musculaires striées que renferme la coupe, ne sont jamais atteints par l'infiltration hyaline qui est uniquement limitée à certaines cellules.

La distribution de ces cellules hyalines ne semble obéir à aucune loi fixe. On en trouve de disséminées dans les grandes papilles, plus ou moins près des vaisseaux ou de l'épithélium ; il y en a plus encore à la base des papilles et dans le chorion ; elles y sont disposées en essaims, non en groupes réguliers. En tous cas les nodules lupiques ne renferment en aucun point de ces cellules hyalines. La dégénérescence des cellules géantes, grandes ou petites, ne donne en aucune façon les réactions de l'hyaline.

Il est impossible de ne pas être frappé de l'analogie, de la presque identité qu'il y a entre les cellules hyalines de ce lupus et celles qui se rencontrent communément dans le rhinosclérome. Par acquit de conscience j'ai cherché sur mes coupes des bacilles de Frisch, avec un résultat négatif ; je n'ai trouvé de micro-organismes colorables ni dans les cellules hyalines, ni autour d'elles.

Il est vraisemblable que la dégénérescence hyaline ne se rencontre dans ce lupus qu'au même titre où on peut l'observer dans un grand nombre de maladies infectieuses ; pourtant sa grande netteté dans ce cas, l'abondance remarquable des éléments atteints me semblent justifier l'importance que je lui ai donnée dans ma description. On n'avait pas jusqu'ici, à ma connaissance du moins, signalé la présence de cellules hyalines dans le lupus de la peau ou des muqueuses.

En somme, la femme que je présente est bien atteinte de véritable lupus de la langue. On ne saurait plus mettre en doute l'existence de cette localisation du lupus : il en existe en effet environ une douzaine

d'observations dans la science, dues à Bazin, Virchow, etc. Une des mieux étudiées est celle que M. Leloir a publiée (1) et à propos de laquelle il a fait une revue du sujet. D'après cet auteur, le lupus lingual semble être toujours secondaire, et particulièrement au lupus du larynx ; il atteindrait surtout la face dorsale de l'organe dans ses deux tiers postérieurs. Dans le cas actuel, il faut remarquer que les deux plaques lupiques ont apparu isolément, sans continuité de voisinage, et siègent sur le tiers antérieur.

Ordinairement ce lupus n'est pas ulcéré, mais mamelonné et papillomateux. Histologiquement, M. Leloir a trouvé du lupus demi-scléreux. Ici, nous sommes en présence de lupus nettement papillomateux, mais non scléreux. La présence abondante de cellules plasmatiques ou conjonctives en dégénérescence hyaline, donne au cas actuel un intérêt spécial, le fait n'ayant été signalé dans aucun lupus. Il serait intéressant de rechercher si les plaques lupiques de la peau chez cette malade présentent la même particularité ; c'est ce que je me propose de faire.

(1) LELOIR. *Atlas international des maladies rares*, 1<sup>er</sup> juillet 1889. *Ann. de dermatologie*, 1889.

## LE LICHEN PLAN A FORME BULLEUSE

### ÉOSINOPHILIE. NATURE DU LICHEN PLAN

Par **M. Leredde.**

Communication à la Société française de Dermatologie.

Le lichen plan est aujourd'hui pour beaucoup d'auteurs une affection d'origine nerveuse. Certains vont plus loin et en font une névrodermite. Pour M. Jacquet en particulier, le trouble nerveux initial engendre le prurit, le prurit engendre l'éruption.

La théorie nerveuse est appuyée sur certains faits indiscutables :

Les antécédents nerveux héréditaires et personnels des malades ;

L'influence des chocs nerveux de l'apparition du lichen de Wilson ;

L'action favorable d'une thérapeutique calmant le système nerveux (hydrothérapie tiède).

Mais ces faits prouvent simplement que le système nerveux est en cause, peut-être dès l'origine de l'affection. Comment agit-il sur les téguments, et les muqueuses ectodermiques, elles aussi sujettes au lichen de Wilson ? La filiation des éléments pathologiques est-elle celle que paraît admettre M. Jacquet ? C'est ce que je voudrais discuter à l'occasion d'une malade que je présente aujourd'hui à la Société de Dermatologie.

M<sup>me</sup> M..., 48 ans, blanchisseuse, entrée en juin 1895, salle Gibert, n° 4, service de M. le Dr Tenneson.

Les antécédents héréditaires sont inconnus.

Dans l'histoire pathologique de la malade, certains détails sont à relever.

1° *Hystérie*. — C'est une femme nerveuse, qui a eu, par exception, des crises hystériques complètes. En général, elles restent frustes, et à la suite d'une émotion se traduisent par la sensation complète de boule, suivie d'une période de tremblement. La sensibilité cutanée est normale.

La surdité dont est affligée la malade est consécutive à une maladie aiguë de l'enfance.

2° *Non menstruation*. — Elle a été réglée à l'âge de 17 ans, et jusqu'à l'âge de 28 ans, la menstruation fut régulière. A cette époque, sans cause connue autre que des émotions nerveuses, elle disparut complètement. En janvier 1895 seulement revinrent les règles, très peu abondantes pendant quelques jours, elles reparurent quinze jours après. Depuis, aucun écoulement sanguin ne s'est fait (1).

Jamais d'enfants ni de fausses couches.

3° *Anémie*. — La teinte jaunâtre de la face que nous relevons plus loin a toujours existé.

Notons enfin que depuis cinq ou six ans, cette femme est ordinairement

(1) Je relève aussi la disparition des règles dans un cas de lichen plan présenté par M. Thibierge et moi-même à la Société de Dermatologie en 1891.

souffrante; elle aurait eu une pleurésie, elle tousse et crache un peu. Il y a cinq ans, elle a souffert d'une phlébite de la jambe droite, et il y a six mois, a eu un ulcère variqueux, qui a laissé à la jambe une cicatrice excessivement pigmentée à sa périphérie.

L'éruption a commencé à la jambe gauche il y a cinq semaines. Dès le début elle s'est accompagnée de bulles, qui même ont été plus abondantes qu'à l'heure actuelle. Les démangeaisons initiales ont été peu marquées, *et c'est à peine s'il existe actuellement du prurit.*

*État actuel.* — L'éruption respecte complètement la face, le cou et les bras. Elle apparaît aux avant-bras sous forme de papules isolées ou réunies deux à deux, polygonales, brillantes et lisses à leur surface aplatie, dures, les plus petites, plus récentes, plus élevées que les plus anciennes, plus larges. Certains éléments affaissés, entourés de plis rayonnés offrent déjà une apparence cicatricielle.

Ces lésions sont plus abondantes, et plus près de la confluence sur l'avant-bras gauche que sur le droit.

A la face antérieure du poignet gauche, se voit une plaque saillante, de teinte violacée, divisée par les plis de la peau, mais offrant sur ses bords des éléments erratiques typiques. Sur un point de cette plaque se voit une lésion due à une vésicule de la grosseur d'une lentille. Cette vésicule s'est affaissée en laissant une légère desquamation périphérique.

Sur la face dorsale des mains, plus à gauche qu'à droite, se voient des éléments assez nombreux de forme irrégulière, mais ayant les autres caractères du lichen plan, saillie, dureté, aspect brillant; souvent on remarque des dépressions centrales.

A la face palmaire des mains il n'y a aucune papule, mais de petits foyers desquamatifs isolés.

Au tronc, des papules apparaissent dans les plis sous-mammaires, et deviennent extrêmement abondantes sur l'abdomen, surtout autour de la ceinture où elles sont confluentes en de nombreux points et forment des plaques violacées. Un pli formé par l'abdomen obèse qui retombe sur lui-même est le siège d'une pigmentation foncée; à son niveau la peau tend à desquamer légèrement, *mais il n'y a aucune saillie, aucune papule.*

Aux membres inférieurs, les lésions prédominent aux cuisses où elles forment des plaques irrégulières, allongées, plissées, escortées d'éléments isolés typiques.

L'altération pigmentaire qui se rattache à la maladie devient évidente aux jarrets. A droite c'est une grande plaque à peine surélevée, mais donnant au doigt une sensation rugueuse due à une légère hyperkératose, de couleur brun foncé universelle; sur ses bords on voit des éléments isolés, saillants, arrondis, moins pigmentés déjà. A gauche, ce sont des plaques distinctes allongées dans le sens des plis de la peau, ayant les mêmes caractères que la lésion principale du jarret droit.

Sur les jambes les papules de lichen restent isolées et de moins en moins abondantes; aux pieds, à leur face dorsale, on voit des papules, arrondies comme celles des mains, plus saillantes encore, hyperkératosiques, représentant l'ébauche du lichen corné. Enfin il faut noter de légers points de kératose plantaire.



On observe encore aux membres inférieurs des bulles, représentées en général par des exulcérations de dimensions variées avec une croûte centrale, ou devenues purulentes. Mais quand on les saisit à leur début on les voit naître sur les plaques confluentes de lichen ou sur le jarret dans les plaques pigmentées, distendues dès leur origine par un liquide clair alcalin, visqueux.

Les muqueuses restent indemnes.

La santé générale est assez bonne, à l'état nerveux près. Mais il faut signaler la teinte jaunâtre de la face, et au niveau des joues la tendance à une pigmentation ocre, formant par places de petits flots mal limités, assez analogues à des taches de lentigo.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue de la description dermatologique, deux faits sont remarquables chez cette malade :

a) *L'existence de bulles.* — Des vésicules et des bulles s'observent rarement dans le lichen plan, mais ont été décrites (Caspary, Kaposi) (1).

Chez notre malade, les bulles sont peu nombreuses. Elles ne sont pas, nous paraît-il, d'origine externe; elles surviennent spontanément, sans grattage, en des points protégés par des pansements, sans inflammation périphérique; elles restent sereuses quelques jours, et ne suppurent que plus tard.

S'agissait-il chez la malade d'une association de dermatose de Dühring, et en serait-il de même dans les autres faits où le lichen plan s'est compliqué de bulles?

L'étude du sang nous a révélé une éosinophilie certaine.

Mais dans les bulles, je n'ai guère trouvé que des lymphocytes, et jamais d'éosinophilie; le liquide est alcalin, mais bien plus visqueux que dans les bulles de la dermatite herpétiforme. Je n'ai donc pu admettre cette affection, qui est caractérisée par deux termes, nécessaires l'un et l'autre : éosinophilie, excrétion des éosinophiles du sang par la peau.

L'éosinophilie répond simplement à une altération sanguine; je l'ai recherchée chez trois ou quatre autres malades atteints de lichen plan vulgaire, sans la trouver.

b) *Les grandes plaques pigmentaires.* — Török a signalé l'existence normale de masses pigmentaires dans les papules du lichen plan. M. Thibierge et moi avons présenté à la Société, en 1891, une négresse chez laquelle l'hyperpigmentation était le symptôme capital de la maladie. On voit assez souvent des placards cohérents de lichen plan violacés, pigmentés, mais je ne connais pas d'observation où on signale de grandes plaques pigmentaires, développées dans des plis de flexion ou de contact, presque sans infiltration dermique, sans éléments papuleux associés.

(1) KAPOSI. Soc. Vienn. de Derm., 25 nov. 1891.

Il y a ainsi chez notre malade l'exagération d'un élément morbide qui appartient régulièrement à la maladie.

D'autres détails relevés dans l'observation plaident en faveur d'une *altération sanguine profonde* : l'anémie certaine, la disparition des règles depuis vingt ans déjà.

J'ai recherché dans plusieurs observations de lichen plan des faits semblables à ceux que j'ai notés chez ma malade et n'en ai pas trouvé. Il est vrai que certaines sont incomplètes au point de vue médical. Depuis que l'origine nerveuse de la maladie a été affirmée (Köbner, Besnier, Brocq, Jacquet), toutes mentionnent soigneusement les troubles nerveux présentés par les malades, mais restent muettes au point de vue d'autres désordres de la santé générale.

Du reste, beaucoup d'altérations sanguines restent latentes cliniquement, et même les procédés scientifiques de recherche sont bien incomplets aujourd'hui encore ; il paraît certain que le sérum, les globules, sont souvent lésés d'une manière profonde sans qu'il soit possible de mettre leur altération en évidence.

Les troubles nerveux, si fréquents dans le lichen plan, existent chez ma malade (irritabilité nerveuse, attaques d'hystérie). Ces troubles ont été antérieurs à la dermatose et non provoqués par elle.

Mais comment le trouble nerveux, dont la nature devra du reste être précisée un jour, agit-il sur la peau ? Détermine-t-il directement l'éruption ?

Ou bien l'éruption serait-elle due à un trouble hématique, si probable dans le cas présent, et peut-être d'origine nerveuse lui-même ? L'action du système nerveux devient, dans cette hypothèse, indirecte.

La première théorie s'appuie sur certains faits mis singulièrement en relief par M. Jacquet, dans son étude sur la pathogénie du lichen plan, sur l'existence du prurit antérieurement à l'éruption, sur l'apparition de celle-ci, grâce aux traumatismes cutanés, sur la disposition allongée, conforme de certaines lésions.

Mais il me semble que la théorie de M. Jacquet, tout à fait exacte dans le fait qu'elle énonce, doit être complétée et modifiée dans un certain sens.

Il me paraît certain que le lichen plan, dans sa forme habituelle, généralisée, est une affection universelle, je veux dire que la peau, les muqueuses (1), doivent être altérées dans leur ensemble. Mais la plupart des lésions ne sont pas apparentes. J'ai étudié, il y a plusieurs années, la peau d'un malade, biopsiée en des points paraissant sains, et j'ai été frappé de la congestion du derme, d'une diapédèse plus marquée que dans la peau normale. Il est habituel, quand on examine de

(1) Il faut éliminer par exemple les lésions limitées de lichen corné aux membres inférieurs.



près la peau dans un cas de lichen plan, d'observer, en dehors des papules bien dessinées, bien visibles, de tout petits éléments brillants, au jour frisant ; leur nombre peut être considérable ; ils couvrent les avant-bras chez notre malade. Chez elle, la présence d'îlots desquamatifs à la paume des mains, à la plante des pieds, indique encore la modification générale de la peau, comme ils l'indiquent chez certains malades atteints de syphilis au moment de la roséole.

Ceci dit, le prurit ne paraît plus antérieur aux lésions, *mais simplement aux lésions apparentes*. Il est l'effet de l'altération dermique, effet inconstant : il peut être peu marqué, comme dans notre cas, ou même nul (Besnier).

Mais qu'il y ait lésion microscopique ou non, on peut faire intervenir la circulation ou le séjour de substances toxiques dans le derme. Ce sont elles qui amènent le prurit ; le grattage dans le lichen plan détermine les éléments éruptifs. Un fait analogue, et bien caractéristique, s'observe dans la piqûre des insectes ; le grattage détermine une vaso-paralyse, sans doute en répandant la toxine dans la peau.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

a) Il y a lieu d'étudier de plus près qu'on ne l'a fait jusqu'ici les altérations sanguines de tout ordre chez les malades atteints de lichen plan. Ce sont peut-être des altérations chimiques, impossibles à spécifier dans l'état actuel des méthodes. Elles constitueraient un trait d'union pathogénique entre les troubles nerveux certains chez tous les malades et les lésions cutanées.

b) Le lichen plan est une affection universelle de la peau et des muqueuses. Le grattage, les traumatismes cutanés n'interviennent que pour déterminer les éléments éruptifs apparents.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 JUILLET 1895

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

**SOMMAIRE.** — *A propos du procès-verbal* : Sur les cellules conjonctives et les Plasmazellen d'Unna, par M. J. DARIER. — Néphrite syphilitique précoce, par M. G. ÉTIENNE (de Nancy). — Xeroderma pigmentosum, par M. DU CASTEL. — Sur un érythème récidivant sous l'influence de causes diverses, par MM. E. BESNIER et H. HALLOPEAU. (Discussion : MM. MOREL-LAVALLÉE et GASTOU.) — Lymphangites de la muqueuse buccale, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. TENNESON.) — Lichen scrofulosorum, par M. H. FEULARD. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER et BESNIER.) — Lichen plan à forme bulleuse. — Éosinophilie. Nature du lichen plan, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. DARIER et BESNIER.) — Lupus de la langue, par M. DARIER. (Discussion : M. BESNIER.) — Sur un cas de dermatite pustuleuse végétante à foyers à progression excentrique et un cas de dermatite herpétiforme végétante, par MM. HALLOPEAU et J. MONOD. (Discussion : M. WICKHAM.) — Sur un cas de lupus érythémateux acnéique, de forme destructive avec suppuration folliculaire, par M. H. HALLOPEAU et A. GUILLEMOT. — Deux cas de pityriasis rubra pilaris, M. L. WICKHAM. (Discussion : M. BESNIER.) — Sclérodermie, par M. TENNESON. — Nouvelle observation de pellagre sporadique, par MM. E. GAUCHER et BALLI. (Discussion : M. JEANSELME.) — Vitiligo par compression, par M. E. GAUCHER. — Troisième cas de névrite syphilitique du nerf cubital, par MM. E. GAUCHER et CHAMPENIER. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — De la stérilité du pus du bubon blennorrhagique, par MM. GAUCHER, SERGENT et CLAUDE. (Discussion : MM. SABOURAUD, GAUCHER, FOURNIER, MÉNAHEM HODARA.) — Sur un cas de dystrophie unguéale et pileaire familiale, par MM. NICOLLE et HALIPRÉ. — Deux cas de psoriasis traités par les injections mercurielles, par M. J. BRAULT. — Sur le fibrome périacineux des glandes sudoripares, par M. CH. AUDRY. — Sur une syphilide poly-piforme de la langue (lymphangiectasie syphilitique), par M. CH. AUDRY. — Sur une folliculite granuleuse de la peau, par M. CH. AUDRY. — Actinomycose du menton et du maxillaire inférieur, par E. LEGRAIN. — Élections.

### Ouvrages offerts à la Société.

*Leçons sur les maladies de la peau*, par M. GAUCHER.

Dell'infezione sifilitica per la placenta. Lezione del Prof. PELLIZZARI CELSO (de FLORENCE). Extr. de la *Clinica moderna*. Florence, 1895.

Du MÊME. — Syphilide galopante. *Actes de l'Acad. médico-physique, de Florence*, 1<sup>er</sup> avril 1895.

DU MÊME. — *Del polimorfismo tricoftico*. Leçon clinique.  
*Sui risultati ottenuti con l'uso del permanganato di potassa nella*  
*blenorragia*, par UMBERTO MANTEGAZZA. Milan, 1895.

#### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

##### Sur les cellules conjonctives et les Plasmazellen d'Unna.

Par M. J. DABIER.

Les quelques réserves que j'ai cru devoir faire après la note présentée par M. Menahem Hodara à la dernière séance m'ont valu une lettre de M. le professeur Unna, dont je suis heureux de communiquer le contenu à la Société.

M. Unna déclare être beaucoup plus d'accord avec moi que je ne croyais, et les deux questions : 1° de l'origine cellulaire des fibrilles conjonctives ; 2° de l'origine des plasmazellen, ne lui semblent pas actuellement tranchées.

1° En effet, dans son *Histopathologie* (p. 833 et 834), M. Unna dit que sur les préparations de bourgeons charnus colorées par sa méthode, on réussit parfois à constater le passage direct du protoplasma spongieux dans une fibrille collagène (conjonctive) ; mais d'autres fois il semble que la fibrille conjonctive ne sorte pas du réseau protoplasmique, mais qu'elle émerge seulement après avoir passé au-dessous. « Cette méthode ne permet donc pas de résoudre la question toujours discutée de la provenance cellulaire ou intercellulaire du tissu collagène. »

2° Quant à l'origine des plasmazellen, M. Unna regrette qu'elle préoccupe les histologistes, car il la considère comme secondaire. Le fait important, de l'existence si répandue de ces éléments qu'il a découverts, est universellement admis. Lui-même n'est pas au clair sur leur origine ; il considère comme certain le passage des plasmazellen aux cellules conjonctives ; leur relation avec les lymphocytes n'est pas démontrée pour lui.

Je saisis cette occasion pour remercier encore au nom de la Société le savant professeur de Hambourg de la communication qu'il a chargée son élève de nous faire, et pour me féliciter de ce que, sur les points principaux, je me trouve en communauté d'idées avec lui.

**Néphrite syphilitique précoce.**

Par le Dr GEORGES ÉTIENNE, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

On sait depuis quelques années que l'albuminurie est assez fréquente au début de la syphilis. En pratiquant systématiquement la recherche de l'albumine dans les urines d'un groupe de 24 femmes atteintes de syphilis secondaire, prises au hasard, j'en ai trouvé quatre fois des traces notables ; mais les observations de néphrite syphilitique précoce suivie d'autopsie sont encore fort rares ; c'est pourquoi je crois devoir signaler le cas suivant recueilli à la clinique de M. le professeur Spillmann.

OBSERVATION. — La nommée A..., âgée de 42 ans, entre le 24 avril 1893 à la clinique de M. le professeur Spillmann.

Dans les antécédents personnels nous ne relevons aucune maladie aiguë, à part une fluxion de poitrine à l'âge de 8 ans, et la rougeole ; pas d'éthylisme.

Au mois d'octobre 1892, c'est-à-dire environ six mois avant son entrée, cette malade fut souffrante, fatiguée, et présenta à ce moment un « gros bouton » indolore aux parties génitales.

En janvier, elle fut couverte d'une éruption identique à celle qu'elle présente, au moment de son entrée ; un médecin prescrivit une pommade à l'acide pyrogallique, croyant probablement à un psoriasis. Elle était déjà à ce moment très pâle. Le traitement fut suivi pendant peu de durée. Quelque temps après, elle fut traitée à la Clinique ophtalmologique pour une iritis par quelques injections de peptonate mercurique. Huit jours avant son entrée, la faiblesse augmenta, et la malade, éprouvant de la peine à se tenir sur ses jambes, se décida à solliciter son entrée à l'hôpital.

Au moment de son entrée, la malade, primitivement bien constituée, est dans un état de débilitation très prononcée, très amaigrie, d'une pâleur extrême ; la face est un peu bouffie, œdème des membres inférieurs.

La surface du corps est recouverte d'une éruption généralisée papulo-squameuse, caractérisée par la présence de papules formant un relief peu accusé, d'un rose clair, recouvertes de légères squames, très fines, blanches, mais non nacrées, ne formant pas sous le coup d'ongle la raie micacée, assez peu adhérentes, se détachant sans laisser suinter de gouttelettes de sang.

Ces papules sont groupées sous une forme très nettement circinée. Elles sont abondantes surtout sur le thorax, les cuisses, les membres supérieurs.

*Appareil circulatoire.* — Bruit de galop net à la pointe ; le poulx est petit, égal, un peu mou, légèrement irrégulier. Les artères ne sont pas particulièrement dures.

*Appareil urinaire.* — *Urines foncées, brunitres ;* environ 1,000 centim. cubes ; 8 grammes d'albumine par litre ; dans le dépôt, nombreux cylindres et globules rouges ; pas de douleurs à la miction.

*Appareil respiratoire.* — Normal. Pas de bronchite ni d'épanchement pleural, etc.

*Appareil digestif.* — Anorexie ; inappétence.

*Système nerveux.* — Rien de particulier.

**TRAITEMENT.** — Une injection hebdomadaire de thymolacétate de mercure ; KI ; régime lacté absolu.

Une légère amélioration se produit pendant quelques jours.

10 mai. Le matin, la malade se plaint de quelques vertiges ; à 11 heures s'établit brusquement une hémiplegie droite, surtout accusée au membre supérieur qui est inerte ; quelques grimacements de la face, puis convulsions et coma, face bouffie.

Le soir à la contre-visite on prescrit une friction mercurielle.

Le 11 avril. L'hémiplegie persiste. Une saignée de 300 centim. cubes détermine l'atténuation des accidents convulsifs.

Le 15 mai. L'hémiplegie est moins flasque, la salivation continue. Dans les jours suivants, la stomatite s'éteint progressivement, en même temps que diminue l'hémiplegie ; mais l'état général se dégrade de plus en plus, la malade s'affaisse et succombe dans le marasme le 27 mai.

**AUTOPSIE.** — *Poumon.* — Un peu d'œdème pulmonaire, avec quelques noyaux de congestion. Pas trace de tubercules.

*Cœur.* — Tissu anormal. Pas d'endocardite, pas de végétations. Dans le péricarde, un peu de liquide louche.

*Foie.* — Dimensions et aspect normaux.

*Rate.* — Volume et consistance habituels ; infarctus ancien, jaunâtre, ocreux, ayant 2 centim. de large et 3 centim. de profondeur ; un autre infarctus semblable, gros comme une lentille.

*Cerveau.* — Congestion méningée intense, avec arborisations très accentuées ; les circonvolutions sont un peu affaissées. *Artérite des vaisseaux périphériques* ; ni hémorragie, ni ramollissement.

*Rein gauche.* — Très petit ; 8 centim. sur 2 ; poids 80 gr. ; à la coupe, il est gras, pâle, dur cependant, se décortiquant bien.

*Rein droit.* — De dimension à peu près normale, 11 centim. sur 6 ; poids 160 gr., congestion veineuse ; les étoiles de Verheyen sont très marquées ; il se décortique bien, et à la coupe il paraît moins pâle que le rein gauche ; la substance corticale est élargie.

**ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES REINS.** — La plupart des *glomérules* sont intacts ; mais chez d'autres, on trouve un épaississement de la capsule de Bowman. Le peloton vasculaire paraît normal.

*Tubes contournés et droits.* — Les cellules épithéliales tapissant ces tubes sont gonflées, remplies d'un protoplasma granuleux ; les noyaux colorés sont comme normalement situés à la partie profonde de la cellule. D'autres cellules ont laissé échappé ce contenu granuleux à l'intérieur du tube. Certains tubes ne renferment qu'une petite masse granuleuse dans leur intérieur, laissant une lumière libre entre cette masse et l'épithélium marginal ; d'autres tubes, au contraire, sont complètement remplis par de l'exsudat granuleux.

*Artères.* — *Endartérite peu intense.*

La paroi interne des artérioles est épaissie ; on voit la lame élastique

se dédoubler en formant plusieurs lames transparentes, séparées, et augmenter ainsi l'épaisseur de la paroi vasculaire.

Dans cette observation, le diagnostic de néphrite syphilitique précoce est établi surtout :

1° Sur l'existence d'une syphilis secondaire grave, évoluant chez une femme déjà âgée, se manifestant rapidement par une éruption cutanée remarquablement généralisée et par une éruption papulo-squameuse comme dans la plupart des cas signalés ;

2° Sur l'absence d'une autre maladie générale ou de toute autre cause capable de provoquer une néphrite du même type anatomique. On ne peut, en effet, l'attribuer à aucune intoxication par les applications déjà anciennes et peu soutenues d'acide pyrogallique, ou par les quelques injections de peptonate mercurique qui guérissent l'iritis spécifique. L'hypothèse de Guntz (1) ne peut manifestement pas être soutenue ici ;

3° Sur la coexistence d'autres lésions bien nettement spécifiques : l'artérite cérébrale.

Si la néphrite syphilitique secondaire est fréquente, il n'en est pas de même des cas dans lesquels l'autopsie a pu être faite.

En comparant les études anatomo-pathologiques pratiquées, on s'aperçoit que les résultats ne sont pas toujours identiques. Dans le cas que je viens d'étudier, on voit une prédominance marquée des altérations épithéliales, jointe cependant à de notables lésions artérielles.

Glomérulite dans un cas de Brault (2) et dans un de Wagner (3) ; glomérulite avec lésions des artères et des cellules des tubes dans la seconde observation de Brault ; lésions parenchymateuses très intenses avec lésions glomérulaires et vasculaires à peine ébauchées (Darier) (4) ; sclérose très marquée et à évolution très avancée avec glomérulo-néphrite et dégénérescence épithéliale granulo-graisseuse [Darier et Hudelo (5), Wagner] ; dégénérescence granulo-graisseuse des cellules des tubes (Ferrond) (6).

De cette comparaison paraît ressortir la conclusion que la néphrite syphilitique précoce ne se traduit pas par des lésions spécifiques, qu'elle est bien, ainsi que l'a déjà indiqué M. le professeur Fournier, une néphrite comme peuvent en produire les diverses infections.

(1) GUNTZ. *Memorabilien*, 1885, p. 7.

(2) BRAULT. *Traité de médecine*, t. V, 778.

(3) WAGNER. La syphilis constitutionnelle et les affections rénales qui en dépendent. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1888, XXVIII, 1, 94.

(4) DARIER. Syphilis rénale précoce. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 20 juillet 1893.

(5) DARIER et HUDELO. Syphilis rénale précoce. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 20 juillet 1893.

(6) FERROND. *Journal de médecine de Lyon*, 1867.

Et si nous remarquons que dans notre cas, chez cette femme âgée de 42 ans, à côté des lésions épithéliales très accusées, il existait des lésions artérielles discrètes, très analogues à celles de l'artériosclérose, nous pouvons nous demander si de l'artériosclérose rénale n'a pas précédé l'invasion de la syphilis et n'a pas favorisé la fixation élective de l'affection sur l'appareil rénal. De sorte que s'il est très juste de dire que ne fait pas de la syphilis cérébrale qui veut, on peut dire vraisemblablement que ne fait pas qui veut de la syphilis rénale; qu'il faut un rein antérieurement frappé, et que ce rein ne réagit pas seulement suivant l'influence de la syphilis qui intervient, mais aussi suivant la façon dont il a été antérieurement frappé.

Là peut-être trouverons-nous l'explication des lésions variées du rein syphilitique précoce.

### **Xeroderma pigmentosum.**

Par M. DU CASTEL.

Le premier malade que j'ai l'honneur de vous présenter est une ancienne connaissance. M. Tenneson vous l'a déjà montré au mois de novembre 1893; il était à cette époque porteur d'une tumeur épithéliomateuse bourgeonnante située juste au-dessous de la cloison du nez, qui fut opérée et n'a pas récidivé depuis lors. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de voir le malade à plusieurs reprises et de lui faire enlever une nouvelle tumeur épithéliale développée au-dessous de l'aile du nez à gauche, une autre développée au niveau de la paupière inférieure droite. Cette dernière a récidivé et vous voyez qu'aujourd'hui elle forme une masse globuleuse, à surface irrégulière, du volume d'une grosse noix, couverte d'une croûte noirâtre, saignant facilement, implantée par une base assez large sur la muqueuse et sur la peau de la paupière. Cette tumeur rappelle la première observée par notre collègue Tenneson; les différentes néoplasies, qui surviennent chez notre malade, paraissent se produire suivant un type unique.

En dehors du néoplasme de la paupière, le malade présente toutes les lésions du xeroderma pigmentosum: taches pigmentaires occupant la face, les oreilles, le cou, les épaules, le dos des mains, la partie inférieure de l'avant-bras; aux mêmes régions, apparence cicatricielle et par places, taches congestives de la peau; léger degré d'ectropion; rien ne manque au tableau de la maladie. La santé générale du malade reste excellente; on ne relève chez lui aucune affection viscérale.

Je vous rappellerai que c'est vers l'âge de neuf mois que les accidents ont débuté chez notre malade par des taches congestives du visage, et que c'est en 1892 que la première tumeur épithéliomateuse s'est montrée.



Une des sœurs du jeune C... semble avoir été atteinte de la même affection que lui. (Pour plus de détails, voir les *Bulletins de la Société*, 1893, 475 et 1894, 120).

La seconde malade est une fillette de dix ans sur les antécédents de laquelle nous possédons fort peu de renseignements ; c'est une enfant abandonnée, amenée ces jours-ci de la Bretagne dans notre service. Nous ignorons absolument ses antécédents de famille ; tout ce que la malade peut nous dire, c'est que l'affection de l'entrée des fosses nasales et de la lèvre pour laquelle on l'amène dans notre service, a débuté il y a vingt et quelques mois.

L'entrée des fosses nasales, celle du côté gauche principalement, est le siège d'une ulcération qui envahit la moitié supérieure de la lèvre au niveau de l'orifice de la narine gauche et regagne en montant obliquement l'aile du nez du côté droit.

Cette ulcération repose sur une base légèrement épaissie et indurée ; elle est de couleur blafarde, fournit une suppuration peu abondante et saigne assez facilement ; quand on la laisse à l'air libre, il se forme à sa surface une croûte noirâtre. La surface de l'ulcération n'est pas continue et régulière ; dans certains points, elle est inégale, granuleuse, présente des flots saillants recouverts d'épithélium et présentant encore les aspects de la peau normale. Ces flots sont séparés par des sillons ulcéreux d'un millimètre de profondeur environ et à bords taillés à pic. Sur la partie inférieure de l'ulcération, les bords sont saillants d'un millimètre environ au-dessus de la peau normale environnante, renversés en dehors ; ils présentent cet état granuleux qu'il est habituel d'observer dans les bords des ulcérations de l'épithélioma.

Il n'y a pas de ganglions tuméfiés dans la région sous-maxillaire ou préauriculaire.

L'examen histologique complet des tissus malades n'a pu encore être fait ; mais il ne semble pas contestable que nous soyons en présence d'un épithélioma de la face.

Le visage de la malade est couvert de taches pigmentaires ; ces taches sont petites, de couleur jaune clair, café au lait ; dans leurs intervalles, la peau est lisse, d'aspect légèrement cicatriciel ; il n'existe pas de taches congestives prononcées de la face. Sur les oreilles, on remarque aussi quelques petites taches pigmentaires ; sur le cou, il n'y en a pas.

Le dos des mains est aussi recouvert de taches pigmentaires petites qui se prolongent sur la partie inférieure de l'avant-bras ; dans les intervalles des taches pigmentaires, la peau est lisse et brillante, elle présente un aspect légèrement cicatriciel. Rien sur le dos des pieds.

L'état général de la malade est bon, son développement est largement suffisant pour son âge : on ne constate chez elle aucune affection viscérale.

Quelques faits me paraissent intéressants à relever chez la jeune X... ce sont la petitesse les taches pigmentaires et le peu d'intensité de leur coloration, le peu d'étendue des surfaces qu'elles occupent ; elles sont jusqu'à présent limitées à la face, au dos des mains et à la partie la plus inférieure de l'avant-bras. Le cou est resté indemne. On serait



bien tenté de la considérer comme atteinte d'un lentigo simple n'était l'état brillant de la peau dans l'intervalle des taches pigmentaires et surtout la production de l'épithélioma de la lèvre inférieure.

La xérodermie est bien peu accusée sur la face; elle ne se dessine vraiment que sur les mains.

La forme de l'épithélioma est aussi intéressante. La plupart des malades atteints d'épithélioma présentent ordinairement des formes bourgeonnantes, de véritables tumeurs épithéliales comme notre premier malade. Ici, au contraire, nous avons affaire à une lésion plutôt ulcéreuse que bourgeonnante, ce qui est une exception dans la maladie que nous étudions.

#### Sur un érythème récidivant sous l'influence de causes diverses.

Par E. BESNIER et H. HALLOPEAU.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter offre un intérêt historique : c'est lui en effet qui a fait en 1876, à la Société médicale des hôpitaux, l'objet d'une communication du regretté Féréol et c'est dans la discussion élevée à ce propos que l'un de nous a dit : *l'érythrodermie récidivante doit être rangée parmi les érythèmes; elle mérite la dénomination d'érythème desquamatif exfoliant scarlatiniforme.*

Cette proposition a été universellement acceptée et aucun doute ne peut être actuellement formulé à cet égard.

Comme il arrive fréquemment, les accidents ont continué à se reproduire chez ce malade à intervalles plus ou moins éloignés, presque constamment sans cause apparente. Une fois seulement on a pu invoquer l'influence d'une ingestion d'huitres. C'est la vingtième poussée d'érythème exfoliant qui amène aujourd'hui Gustave H... à Saint-Louis, au numéro 25 du pavillon Gabrielle. Contrairement aux précédentes, celle-ci a une étiologie nettement déterminée.

Le 15 mai dernier, un chancre induré apparaît sur le prépuce de H... au voisinage du sillon balano-préputial. Le 7 juin, deux pilules de sublimé de 1 centigr. sont prescrites par M. Mauriac. Dès le lendemain, après l'ingestion de la troisième pilule, survient une éruption généralisée avec fièvre intense; le troisième jour, la desquamation commence à se produire. Le traitement spécifique est suspendu.

Le 26 juin, le malade revient chez M. Mauriac, qui constate une éruption papuleuse et prescrit trois pilules de protoiodure de mercure à 3 centigr.

Le 27, il se fait une nouvelle poussée d'érythème scarlatiniforme avec fièvre; elle persiste durant trois jours.

Le 30, au soir, la desquamation commence en larges lambeaux.

(1) E. BESNIER *Soc. méd. des hôpitaux*, 1876, t. XIII, p. 32.

Le 2 juillet, au moment de notre examen, le malade présente une éruption papuleuse discrète sur le visage, le tronc et les membres supérieurs ainsi que des adénopathies inguinales caractéristiques.

La desquamation a presque entièrement cessé au visage; on n'en trouve plus que des traces finement furfuracées au niveau de la partie contiguë du cou. Les oreilles desquament en larges lambeaux. Au niveau de la houppe du menton, on note une éruption vésiculeuse avec rougeur périphérique. La langue desquame entièrement. Le cuir chevelu et la partie postérieure du cou desquament aussi. Dans le dos et sur les parties latérales du tronc on observe de même une desquamation généralisée.

Sur la partie antérieure du tronc, à la partie moyenne et supérieure du dos, l'épiderme est, par places, très légèrement soulevé par une très petite quantité de liquide séreux.

Au niveau des membres supérieurs, la desquamation se fait en très larges lambeaux; une partie de l'épiderme est déjà renouvelée. Dans les paumes des mains, l'épiderme, épaissi et induré, desquame en très larges lambeaux. Il n'y a pas de dystrophie unguéale.

La même desquamation existe au niveau des membres inférieurs, plus prononcée aux régions inguinales et aux fesses.

Les amygdales et la luette sont rouges et tuméfiées.

6 juillet. Il n'y a plus trace de desquamation qu'au niveau de la ceinture de la partie postérieure des bras, des jambes et des pieds, où elle se fait en larges lambeaux.

Les paumes des mains, desquamées sont d'un rouge framboisé et sensibles au contact.

La rougeur de l'isthme du gosier persiste.

Nous prescrivons 1 gramme d'iodure de potassium.

Ce fait prouve de la manière la plus évidente que deux agents de nature très diverse peuvent mettre en jeu le trouble de l'intervention vaso-motrice qui est la cause prochaine de ces érythèmes. Quoi de plus différent, en effet, que les toxines vraisemblablement d'origine gastrique ou sudorale qui ont été, selon toute probabilité, les causes occasionnelles des poussées précédentes et la préparation hydrargyrique ?

Notre observation rentre ainsi dans la règle formulée par l'un de nous (1) antérieurement, règle d'après laquelle la cause commune de ces érythèmes est une condition particulière individuelle, une intolérance propre, non pas pour une cause ni pour un agent unique, mais pour une série très variée de causes et d'agents morbides divers.

Il ne faudrait pas généraliser cette proposition et l'appliquer à la généralité des toxidermies; il est plus habituel de voir certains agents donner lieu, chez des sujets prédisposés, à des éruptions qui, pour chacun d'eux, offrent des caractères tout particuliers et qui leur

(1) BESNIER et DOYON. *Notes et additions aux leçons de Kaposi sur la pathologie et le traitement des maladies de la peau*, 2<sup>e</sup> édition, 1891, t. I, p. 353.

appartiennent en propre. Il en est ainsi par exemple des éruptions bulleuses qui se produisent sous l'influence de l'iodure et du bromure de potassium, de certaines éruptions d'antipyrine, etc.

Il y a donc lieu de distinguer à ce point de vue deux classes de toxidermies : les unes se manifestent exclusivement sous l'influence d'un seul et même agent et ont des caractères qui leur appartiennent en propre ; les autres se produisent avec des caractères identiques sous l'influence des causes occasionnelles les plus variées. L'érythème desquamatif récidivant se place au premier rang parmi ces dernières.

Nous ferons remarquer de nouveau, en terminant, combien est minime la quantité de mercure suffisante pour produire ces érythèmes : c'est dès le second jour de la médication, après l'ingestion du troisième centigr. de sublimé, que l'éruption s'est manifestée chez notre malade. Le poison n'a dû se trouver qu'en bien faible proportion en rapport avec les centres vaso-moteurs qui ont été mis en jeu pour la production de cette érythrodermie, car, selon toute vraisemblance, il n'agit qu'après s'être préalablement mélangé avec la masse du sang. Si, comme on peut l'admettre depuis les résultats des expériences sur la tuberculine, les toxines exercent leur action pathogénétique à doses encore moindres, on conçoit que l'analyse chimique ait été jusqu'ici presque constamment impuissante à les déterminer.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Un point très important à envisager dans le pronostic des érythèmes médicamenteux, ou des érythèmes récidivants en général est celui-ci : ils peuvent créer une prédisposition telle qu'un sujet, vierge jusqu'alors de toute tare cutanée, se trouve, à dater de sa première toxidermie, doué pour de longues années d'une prédisposition à faire, sans cause ou pour une raison constatable, des poussées érythémateuses ou ortiées d'une importance et d'une durée plus ou moins considérable.

C'est ainsi qu'une malade que j'ai soignée avec le Dr Florand, ayant eu une hydrargyrie intense après ingestion de pilules de protoiodure, ne peut, depuis lors, prendre *une fraise, une bouchée de poisson, une cuillerée de vin*, sans subir immédiatement une poussée violente d'érythème ortié ou érysipéloïde. Cette dame était bien portante jusqu'à sa première toxidermie. Voilà, me semble-t-il, qui doit singulièrement assombrir le pronostic éventuel des érythèmes mercuriels ou médicamenteux, pronostic que l'on veut affecter de considérer comme toujours d'une bénignité absolue.

M. GASTOU. — Au sujet de la prédisposition dont parle M. Morel-Lavallée, il serait important de savoir quelle est chez ces malades l'influence d'une affection générale intercurrente sur les récidives de cet érythème scarlatiniforme.

Chez un jeune malade ayant déjà eu trois récidives d'érythème, il en survint une quatrième, sous forme également d'érythème scarlatiniforme, à l'occasion d'une varicelle bénigne, sans qu'on pût incriminer une influence médicamenteuse du toxique.

**Lymphangites de la muqueuse buccale.**

Par M. DU CASTEL.

Le nommé Eugène S..., 52 ans, entré le 3 juillet 1895, salle Bichat, n° 69, avait joui jusqu'à présent d'une bonne santé.

Comme antécédents héréditaires, nous noterons que le père du malade paraît avoir succombé à une tuberculose pulmonaire.

Il y a quatre mois est survenue une adénite sous-maxillaire du côté droit, pour laquelle un chirurgien a pratiqué une incision qui ne paraît avoir donné issue qu'à une petite quantité de pus. Il est resté un trajet fistuleux.

Actuellement, on constate l'existence d'un certain nombre de ganglions sous-maxillaires tuméfiés à droite et la persistance de la fistule, quelques ganglions tuméfiés le long du bord du sterno-mastoidien droit, deux gommès tuberculeuses ramollies en avant de la clavicule du même côté.

Du côté gauche du cou il existe simplement un petit ganglion tuméfié et indolent, vers la partie médiane de la bronche horizontale du maxillaire.

La lèvre inférieure est tuméfiée dans toute sa moitié droite. La lèvre supérieure est aussi légèrement épaissie dans sa partie la plus externe. La partie cutanée de la lèvre ne présente pas d'altération notable. La muqueuse de la lèvre supérieure est congestionnée et légèrement rouge. La muqueuse de la lèvre inférieure présente un épaississement considérable qui s'arrête exactement sur la ligne médiane. Là se trouve une plaque morbide surélevée de 1 ou 2 millim. au-dessus de la muqueuse normale. La surface de cette plaque est légèrement opaline, granuleuse et irrégulière. Pas d'induration notable.

Sur la face interne de la joue droite, en arrière de la commissure labiale, existe une plaque analogue de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ, également granuleuse, mais recouverte d'une couche épithéliale morbide plus épaisse lui donnant une coloration blanc nacré.

Il n'existe pas de dilatation kystique transparente nette en aucun point. La muqueuse labiale et celle de la joue gauche sont indemnes.

L'examen des viscères ne permet de relever aucune autre altération.

L'examen histologique d'un morceau de la muqueuse ne permet de constater la présence d'aucun bacille.

L'épithélium de la muqueuse est normal. Le derme présente une infiltration de globules blancs au pourtour des lymphatiques. L'intérieur des lymphatiques est bourré de globules blancs. En aucun point, nous n'avons observé de granulations tuberculeuses.

Ce malade me paraît intéressant parce qu'il fournit un nouvel exemple du retentissement des inflammations lymphatiques de la face et particulièrement des inflammations des ganglions lymphatiques, sur le système lymphatique de la muqueuse buccale.

Mon collègue, M. Tenneson, a ouvert ce chapitre de pathologie

lorsqu'il vous présenta en 1893 une malade, sujette aux érysipèles à répétition et atteinte de dilatations lymphatiques de la muqueuse buccale. Je crois qu'il y a lieu de rapprocher ma malade de celle de M. Tenneson et de celle que je vous ai présentée récemment. Mais, chez ma malade, il faut relever que les accidents sont beaucoup plus aigus que chez les malades qui vous ont été présentées antérieurement. Chez celle-ci, il s'agissait de dilatations lymphatiques, suite d'un processus chronique, d'une gêne permanente de la circulation lymphatique; chez ma malade, au contraire, il s'agit de lymphangites aiguës.

M. TENNESON. — Je ne puis partager l'opinion de M. du Castel et je crois que cette malade est atteinte de lupus de la muqueuse labiale.

M. DU CASTEL. — Je ne saurais considérer comme un lupus une lésion dans laquelle l'examen histologique n'a révélé l'existence d'aucune granulation tuberculeuse et seulement des lymphatiques remplis de globules blancs et un léger degré de périlymphangite. Je relèverai aussi la disposition particulière de la lésion qui s'arrête brusquement au niveau de la ligne médiane, comme si elle suivait les règles de la circulation. Enfin je crois qu'il y a lieu de tenir grand compte de l'œdème unilatéral de la lèvre qui semble aussi commandé par un trouble considérable de la circulation lymphatique.

#### Lichen scrofulosorum.

Par M. FEULARD.

Je vous présente de nouveau le petit malade que je vous ai montré à la séance du 20 avril dernier et dont M. Baretta a fait alors le moulage.

L'éruption est aujourd'hui disparue; il reste seulement un état grenu un peu foncé de la peau. J'ai employé comme traitement les onctions avec l'huile de foie de morue; la guérison a été, il me semble, dans ce cas particulièrement rapide.

M. Leredde vous communiquera ultérieurement le résultat de l'examen après biopsie qu'il a bien voulu faire dans ce cas.

M. BARTHÉLEMY. — Je demande à M. Feulard s'il persiste à considérer le cas présenté comme un cas de lichen scrofulosorum. Déjà la dernière fois, j'avais fait quelques réserves mentales à cause de la coloration, de l'absence de prurit, de la disposition en petits flots irrégulièrement disposés comme on le voit encore sur le moulage; la rapidité de la guérison, l'apparence d'affection aiguë me semblent encore confirmer mes doutes, surtout que l'on n'observe ni pustulation à aucun degré, ni papules volu-

mineuses, disséminées, ni enfin de la pigmentation consécutive. Ne voit-on pas que l'enfant est manifestement scrofuleux ? les lésions du cou, les phlyctènes des yeux, l'état cachectique, la maigreur, même les lésions des muqueuses labiales aux commissures sont autant de stigmates de la scrofule. Sa peau porte les mêmes traces ; elle est rugueuse, râpeuse à cause de la saillie des follicules pilo-sébacés, qui lui donnent un aspect granuleux et son état hyperkératosique et sec assez développé. Eh bien, la dermatite qu'on nous montre me semble être seulement un état aigu, érythémateux, autour des saillies épidermiques habituelles chez ce sujet, et je me rangerais ici à un diagnostic d'une dermatite mal définie plutôt qu'à celui de lichen scrofulosorum *typique*.

M. FEULARD. — Si le cas présenté n'est pas un cas de lichen scrofulosorum, je ne sais ce qu'est cette dermatose : le diagnostic a été confirmé par les médecins qui ont vu le petit malade, et parmi eux, par un de nos confrères étrangers, le Dr Sack, qui s'est justement occupé de l'étude du lichen scrofulosorum.

M. TENNESON. — Il s'agissait bien vraiment d'un cas typique de lichen scrofulosorum.

M. FOURNIER. — Un point sur lequel je désire attirer l'attention, c'est que cet enfant, indépendamment du lichen scrofulosorum porte aux deux commissures des exulcérations opalines. C'est un beau cas de perlèche. Or aucun caractère objectif ne permet de distinguer cette affection de la plaque muqueuse syphilitique. Il y aurait tout intérêt à rechercher à l'aide de l'expérimentation si cette affection est contagieuse. La solution de ce problème intéresse au plus haut degré la médecine légale. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de porter le diagnostic de perlèche à propos d'un enfant dont les ulcérations labiales avaient été indûment attribuées à la vérole.

M. BESNIER. — Je m'associe pleinement aux vues de M. Fournier et je pense que la question de la contagiosité de la perlèche mérite d'être reprise.

#### Le lichen plan à forme bulleuse. Éosinophilie. Nature du lichen plan.

Par M. LEREDDE.

V. page 637.

M. DARIER. — L'intérêt de cette présentation réside dans la présence de bulles associées au lichen plan. Sur un malade de M. Besnier, j'ai vu une poussée de bulles précéder l'apparition de papules caractéristiques du lichen.



M. E. BESNIER. — Ce fait n'est pas extrêmement rare, je l'ai observé plusieurs fois. Mais le stade bulleux est toujours éphémère, épisodique, éventuel. Quant à la pigmentation, elle représente le stade de guérison. Dans le lichen, la totalité de la peau est modifiée, et l'on observe tous les intermédiaires entre la simple accentuation des plis normaux des téguments, de la mosaïque normale, et la papule arrivée à son complet développement.

**Lupus de la langue avec examen histologique (lupus papillomateux avec dégénérescence hyaline).**

Par J. DARIER.

V. page 631.

M. BESNIER. — Le lupus vrai de la langue est d'une réelle rareté et le musée de l'hôpital Saint-Louis ne renferme aucun exemple de cette localisation.

**Sur un cas de dermatite pustuleuse végétante en foyers à progression excentrique et un cas de dermatite herpétiforme végétante.**

Par H. HALLOPEAU et J. MONOD.

Nous nous proposons, en présentant ces deux malades, d'établir qu'ils appartiennent à des types morbides tout à fait différents et que, par conséquent, la maladie décrite par l'un de nous sous le nom de dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique, ne doit pas, comme le veulent MM. Hudelo et Wickham, être considérée comme une variété de dermatite de Duhring. Nous montrerons également comment elle se distingue du pemphigus végétant de Neumann. Notre première malade reproduit traits pour traits le tableau que l'un de nous a décrit d'après les deux premiers faits de cette nature qu'il a observés ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

M<sup>me</sup> Gr..., entre le 1<sup>er</sup> juillet 1895, au n° 19 bis de la salle Lugol ; elle est âgée de 45 ans et d'une vigoureuse constitution.

Elle a eu, il y a vingt ans, un rhumatisme articulaire d'une durée de trois mois. Il y a deux ans, elle a fait une chute sur la tête avec plaie buccale ; depuis lors, elle a toujours eu des boutons sur le cuir chevelu.

En janvier 1895, elle a été atteinte d'une maladie qualifiée d'influenza à laquelle a fait suite, en mars, une pleurésie ; il s'est produit dès lors une



éruption abondante sur le cuir chevelu; peu après s'est développé à la face un érysipèle qui a duré dix-huit jours.

Simultanément, des plaques éruptives sont survenues dans les plis inguinaux, aux cuisses, dans la région dorsale droite, après l'application d'un vésicatoire, au bras gauche après l'application d'un cautère; elles se sont depuis lors progressivement étendues.

La malade a été, depuis le mois de mars, traitée dans son pays par des pilules mercurielles et l'iodure de potassium; il en est résulté une stomatite intense, pour laquelle elle vient d'être soignée pendant dix jours à la maison de santé. Actuellement, l'état général est satisfaisant, malgré la multiplicité des lésions.

Au cuir chevelu, la région occipitale est occupée dans la plus grande partie de son étendue par une plaque éruptive qui atteint près de 20 centimètres dans son diamètre vertical sur 16 transversalement; elle descend jusqu'à la nuque; ses contours sont polycycliques; elle fait une saillie d'environ 8 millimètres. Sa surface est rouge, inégale, mamelonnée, végétante par places, parsemée de croûtes jaunâtres, creusée de sillons profonds: on y distingue, particulièrement près des bords, des vésico-pustules; ces mêmes éléments se trouvent disséminés autour de la plaque, isolés ou agglomérés en petits groupes sur une surface érythémateuse.

Sur le côté gauche du cou, en arrière, une plaque à contours irréguliers mesure 2 centim. verticalement sur 1 centimètre et demi transversalement; elle forme une saillie d'environ 3 millim.; sa coloration est d'un rouge framboisé sur lequel tranchent de nombreuses pustulettes; ses bords sont nettement détachés.

Sur la partie postérieure droite du thorax, une autre plaque mesure 9 centim. sur 6; elle est en partie guérie, car elle ne forme plus de relief dans sa partie centrale dont la coloration rouge indique seule l'altération; elle est limitée inférieurement par un bourrelet végétant large d'un centimètre; sa surface végétante et mamelonnée présente quelques vésico-pustules.

Une plaque semblable occupe le bras gauche.

Une autre intéresse la partie postérieure de la cuisse droite, au-dessous du pli fessier. Celle-ci est allongée transversalement; elle mesure environ 8 centim. sur 4; son relief atteint de 3 à 4 millim.; sa surface est recouverte de croûtes épaisses, mélicériques; on voit, à sa périphérie, de nombreuses vésico-pustules isolées ou confluentes, et un soulèvement épidermique d'un millimètre de rayon. Les lésions sont très étendues et prononcées dans les régions inguinales et leur voisinage: les plis inguinaux, les grandes lèvres dans toute leur hauteur et les parties correspondantes des cuisses ainsi que la région sus-pubienne, sont intéressés; la peau, d'un rouge framboisé, y est épaissie, recouverte de saillies végétantes, parsemée de vésicules agminées en groupes du volume d'un gros pois; des vésico-pustules isolées se voient autour de ces lésions.

L'index de la main gauche est atteint et les lésions y présentent un aspect différent. Dès le mois d'avril, il s'y est développé des soulèvements purulents qui l'ont graduellement envahi dans la plus grande partie de son étendue; l'ongle est tombé récemment; les deux derniers articles sont

rouges et tuméfiés; en examinant la face palmaire, on y voit des plaques saillantes ayant pour centre les plis articulaires; leurs contours sont polycycliques et formés de pustules confluentes; une aréole rouge les entoure sur un rayon de 1 à 2 millim.

L'anus est entouré de plaques végétantes rouges, lisses et suintantes, à disposition radiée, convergeant vers l'orifice et simulant à s'y méprendre des condylomes syphilitiques.

La stomatite mercurielle persistant, il est impossible de savoir si la malade à eu des localisations intra-buccales.

Il y a des ulcérations à la partie interne des joues et sur les gencives, la langue est rouge et tuméfiée. Les lèvres sont recouvertes dans leur tiers médian de pustulettes et de croûtelles. Le nez est le siège d'un écoulement purulent.

Les ganglions occipitaux et inguinaux sont légèrement tuméfiés.

Les parties malades sont le siège de vives démangeaisons.

Le traitement consiste en l'application d'ouate hydrophile imprégnée d'huile phéniquée au vingtième; des rondelles d'emplâtre rouge recouvrent toutes les vésico-pustules isolées.

Le 3 juillet, la plaque inguinale droite s'étend sur une hauteur de 19 centimètres; son plus grand diamètre transversal atteint 7 centim.; elle est en partie purement érythémateuse, en partie recouverte de vésico-pustules et de saillies végétantes. Celles-ci sont pour la plupart irrégulièrement arrondies: elles forment, par leur confluence, un bourrelet presque ininterrompu dans toute la hauteur du bord interne de la plaque. A la partie externe de la plaque, on voit des lésions à différentes périodes de leur évolution, depuis la vésico-pustule isolée, grosse comme une tête d'épingle, jusqu'à la plaque végétante du volume d'une lentille. Celle-ci est parfois circonscrite à sa périphérie par un soulèvement épidermique de 1 à 3 millim. de rayon, il est manifestement formé par la confluence des vésico-pustules.

La plaque inguinale gauche atteint 82 millim. transversalement sur 150 verticalement; elle est érythémateuse et, par places lisse, par places végétante et recouverte de plaques saillantes offrant tous les intermédiaires entre de simples vésico-pustules et des saillies nummulaires de plus d'un centimètre de diamètre; ces saillies sont plus nombreuses à la périphérie de la plaque qu'elles bordent dans la plus grande partie de son étendue.

L'épiderme de l'index en suppuration est entièrement tombé dans toute l'étendue de ses faces palmaire et externe; la surface mise à nu est végétante. Le plus grand nombre des pustulettes isolées se sont effacées sous l'emplâtre rouge. La plaque du bras gauche est traitée par le naphтол camphré, celle du dos par le salol camphré.

Le 5. La plaque traitée par le naphтол camphré s'est affaissée: elle ne présente plus de pustulettes; les végétations sont moins saillantes; elles sont surmontées de croûtelles noirâtres.

La plaque postérieure de la cuisse s'est étendue dans son diamètre transversal.

On voit que, chez cette malade, comme dans les deux cas typiques

dont nous avons parlé, la lésion initiale est constamment une vésico-pustule, du volume d'une tête d'épingle, reposant sur base rouge légèrement saillante; ces éléments se multiplient, formant ainsi des groupes agminés; bientôt la saillie de ces groupes augmente: ils deviennent végétants; leur partie centrale se déprime, des vésico-pustules persistent, surtout à la périphérie; il s'en développe de nouvelles, d'où résulte l'extension progressive de la plaque; exceptionnellement, ces nouvelles vésicules périphériques deviennent confluentes et se réunissent pour former un soulèvement épidermique d'un millimètre environ de rayon; les bords de ces plaques sont nettement arrêtés et se détachent brusquement des parties saines. Comme chez les premiers malades, les lésions forment de larges plaques dans la région occipitale, et on les trouve également très développées dans les régions inguinales et génitales, au pourtour de l'anus, au niveau des lèvres, à l'un des doigts; sauf aux parties génitales et à l'anus, où l'on peut avec vraisemblance admettre des auto-inoculations, la disposition des plaques éruptives est remarquable par son asymétrie.

Notre seconde malade offre un tableau tout différent.

Annette M..., couchée au lit n° 6 de la salle Lugol, présente un *typhé* e dermatite herpétiforme grave. L'éruption bulleuse a débuté il y a environ deux mois; elle s'est depuis lors constamment renouvelée; elle occupe toutes les parties du corps, sauf le visage, les aisselles, les paumes des mains et les plantes des pieds. Les bulles se présentent sous les aspects les plus variés: leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une pièce de deux francs; leur contenu est séreux, hémorrhagique ou séro-purulent; souvent l'épiderme se détache à leur niveau et laisse à nu une surface rouge et suintante. Elles sont pour la plupart entourées d'une zone érythémateuse plus ou moins étendue; en diverses régions, elles sont agminées et groupées irrégulièrement; elles sont le siège de vives démangeaisons. L'état général est mauvais. La température axillaire est de 38° 4.

La particularité la plus remarquable, et sur laquelle nous désirons appeler l'attention, est l'existence, sur la partie inférieure des jambes, le dos des pieds et surtout des cous-de-pied, de nombreuses saillies végétantes; leur relief atteint environ 2 millimètres. De consistance un peu ferme, de coloration rosée, parfaitement lisses et unies, de forme arrondie ou ovale, parfois déprimées dans leur partie centrale, elles simulent au premier abord des plaques d'érythème polymorphe; en réalité, ce sont des proliférations dermiques survenues au niveau de bulles desséchées; ces mêmes altérations se trouvent dans toute l'étendue des membres supérieurs.

L'un de nous a montré déjà à la Société, avec M. Brodier, dans la séance de janvier 1894, un malade atteint d'une dermatose semblable, et il a insisté sur les caractères qui la différencient de sa dermatite pustuleuse et végétante; ils sont des plus évidents chez cette

femme : les saillies végétantes se produisent au niveau des excoriations consécutives à la chute de l'épiderme soulevé par le liquide bulleux ; elles sont lisses, unies et leur forme ovale ou arrondie représente exactement celle de la bulbe à laquelle elle a succédé ; elles ne sont pas groupées en plaques arrondies ou polycycliques ; elles n'ont aucune tendance à s'étendre excentriquement ; leur disposition est d'une frappante symétrie ; elles coïncident avec de larges soulèvements bulleux ; l'influence du traitement local est nulle sur ces éruptions : il n'y a pour ainsi dire, à part la prolifération dermique, aucun trait commun entre les deux malades que nous venons de présenter ; toutes les vraisemblances sont en faveur, chez l'un, d'une dermatose d'origine toxique, chez l'autre d'une propagation d'éléments infectieux : si, comme on ne peut le contester, notre seconde malade est un cas typique de dermatite herpétiforme, la dermatose de la première doit être éliminée de ce cadre.

Elle offre plus d'analogies avec le pemphigus végétant de Neumann ; dans les deux cas, en effet, il s'agit de processus à progression excentrique ; les localisations sont les mêmes ; le léger soulèvement épidermique qui, chez notre malade, entoure l'une des plaques et que nous rapportons à la confluence de vésicules élémentaires, rappelle en petit celui qui constitue la zone d'extension des plaques de pemphigus végétant ; dans les deux cas, les lésions pseudo-condylomateuses de l'anus simulent les plaques syphilitiques végétantes.

Malgré ces analogies, le pemphigus végétant de Neumann présente des particularités que l'on ne retrouve pas dans nos trois cas typiques ; ce sont : le début des altérations par des bulles qui peuvent atteindre le volume d'une noix, la présence autour des foyers d'une zone excoriée qu'entoure un soulèvement bulleux, la résistance au traitement local, les modifications que présentent les altérations quand la maladie devient plus ancienne, et particulièrement la diminution de la tendance à former des végétations papillomateuses, le caractère presque exclusivement bulleux des manifestations tardives qui simulent des brûlures au second degré, la gravité du pronostic, qui est presque constamment mortel : ces différences nous paraissent suffisantes pour justifier la séparation des deux dermatoses ; il est possible cependant qu'en raison des analogies notre dermatite ait été confondue avec celle de Neumann : il en est vraisemblablement ainsi de l'observation VIII du mémoire de cet auteur.

Nous sommes conduits ainsi à distinguer dans les dermatoses décrites sous le nom de pemphigus végétant trois espèces différentes, qui sont : la dermatose *bulleuse* et végétante à progression excentrique, comprenant la plupart des cas de Neumann et celui plus récent de Kaposi ; notre dermatite *vésico-pustuleuse* et végétante en foyers à progression excentrique ; la dermatite herpétiforme de Dühring

*végétante* : elles diffèrent par leurs caractères cliniques aussi bien que par leur évolution et aussi, selon toute vraisemblance, par leur nature.

Nous signalerons en terminant l'influence heureuse qu'exercent sur les lésions de notre dermatite les préparations de naphtol et de salol camphré : en peu de jours elles ont amené la disparition des pustulètes et l'affaissement des végétations.

L. WICKHAM. — Je rappellerai, à propos de la communication de M. Hallopeau, le malade du service de M. le professeur Fournier, que j'ai présenté à la Société avec le Dr Hudelo, il y a deux ans. Ce malade avait été traité autrefois au pavillon Gabrielle, par Vidal et M. Brocq, comme un cas de dermatite herpétiforme de Dühring, variété végétante. Il vint dans le service de M. Fournier pour des lésions objectivement semblables à celles de la dermatite pustuleuse, en foyers à progression excentrique (analogie reconnue par M. Hallopeau), et, tout à coup, pendant son séjour à l'hôpital, sous nos yeux il fit conjointement une poussée de dermatite de Dühring typique, sur les deux bras ; c'est à ce moment que la présentation eut lieu à la Société.

**Sur un cas de lupus érythémateux acnéique de forme destructive, avec suppurations folliculaires.**

Par H. HALLOPEAU et A. GUILLEMOT

Si l'on se reporte à la description classique de MM. Besnier et Doyon, on voit que, dans le lupus érythémato-acnéique ou folliculaire, le centre des plaques peut être déprimé et le bord élevé, presque saillant, mais que la perte de substance et la prolifération sont d'ordinaire peu considérables. Il n'en est pas de même chez le malade que nous avons l'honneur de présenter.

Le nommé Émile C..., âgé de 30 ans, vient à notre polyclinique le 4 juillet 1895.

Il n'y a pas dans sa famille d'antécédents de tuberculose.

Le malade a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 21 ans.

Il y a six ans, a paru, sur la joue gauche, une induration rouge, grande comme une pièce de 20 centimes, qui depuis s'est progressivement étendue. Il s'est produit à ce niveau des boutons suppurés, puis des croûtes et consécutivement une cicatrice déprimée.

Des altérations semblables se sont développées dans les mois suivants au niveau des oreilles et sur la région temporale gauche, il y a un an, sur la joue droite, et dernièrement dans le sillon naso-génien.

Le malade a pris de l'iodure de potassium, pendant trois mois, il y a deux ans. Il n'a pas fait de traitement local.

*État actuel.* — Il est d'une constitution vigoureuse.

On voit sur le visage des éruptions à différentes périodes de leur évolution.

Sur le côté droit du nez, une petite saillie triangulaire, mesurant 6 millim. sur 3, dure et recouverte de minces croûtelles, forme un relief d'environ 1 millim. ; on y voit des orifices sébacés dilatés, et elle est limitée par un rebord qui se confond insensiblement avec les parties saines. Au milieu de la joue droite, se trouve une plaque analogue de 15 millim. sur 12, saillante, bien que légèrement déprimée à sa partie médiane. Au centre, il existe une couronne de concrétions kératosiques incluses dans les orifices sébacés dilatés. A la périphérie, on remarque trois petites saillies grosses comme des grains de chènevis ; l'une d'elles renferme un très gros comédon. Au-devant du pavillon de l'oreille droite, se trouve une plaque éruptive de 2 centim. sur 8 millim. semblable à la précédente. Le lobule de l'oreille est séparé d'une partie du pavillon par une division qui s'étend jusqu'au niveau du tragus. Sa surface est rouge, d'aspect cicatriciel ; elle est le siège d'une dépression profonde que surmonte une saillie végétante recouverte de nombreuses croûtelles. Le rebord supérieur de la division est inégal, non ulcéré. A ce niveau, le pavillon atteint 2 centim. de diamètre ; sa partie postérieure est tapissée de végétations que séparent des sillons profonds. Il existe de la rougeur, des croûtelles et un aspect cicatriciel sur toute la hauteur du sillon qui limite en arrière l'hélix ; on y voit de nombreuses dépressions obstruées par des comédons. Le sillon rétro-auriculaire est également rouge, parsemé de cicatrices, d'énormes dilatations sébacées avec grains comédoniens d'un millim. de diamètre ; plus en arrière, se trouve une saillie grosse comme un grain de chènevis, blanche, et qui paraît correspondre à un follicule sébacé suppuré.

Au milieu de la joue gauche, on voit une plaque mesurant 6 centim. verticalement sur 4 transversalement ; elle est circonscrite par un bourrelet légèrement saillant, polycyclique, criblé d'orifices sébacés avec comédons. Ce bourrelet mesure de 3 à 5 millim. de diamètre ; il est de consistance ferme et de coloration rosée. Toute l'aire qu'il limite est déprimée de 2 à 3 millim., elle est le siège de cicatrices qui s'entrecroisent de manière à former un réseau de lignes blanchâtres, alors que les parties intermédiaires aux stries sont colorées en rouge. A côté des parties déprimées, il y en a d'autres qui sont saillantes, plus dures ; à leur niveau on voit des orifices glandulaires, très larges, remplis de matière sébacée. Le malade dit que les parties saillantes se sont affaissées depuis quelques jours sous l'influence d'application de liqueur de Van Swieten.

L'oreille gauche présente des altérations très semblables à celles de l'oreille droite ; son lobule est détruit et remplacé par une surface en partie saillante, en partie déprimée ; la différence de niveau atteint 5 millim. entre. La dépression cicatricielle s'étend sur une hauteur de 3 centim. ; elle fait suite inférieurement au bord antérieur du pavillon ; son bord postérieur est le siège d'une saillie mamelonnée de 7 millim. sur 5, entourée d'une dépression cicatricielle que recouvrent des squames blanchâtres. Les mêmes altérations existent à la partie postérieure de l'oreille, dans toute la hauteur du sillon qui limite en arrière l'hélix. Presque toute la



partie postérieure du pavillon est intéressée : on y voit les mêmes dépressions cicatricielles, les mêmes comédons avec dilatations énormes sébacées (une d'elles atteint 1 millim. sur 4) que du côté opposé, et, en outre, deux saillies du volume d'un grain de chènevis, blanches avec dépression centrale, punctiforme, représentant un follicule sébacé suppuré.

La région temporale gauche est occupée par une plaque éruptive semblable à celle de la joue ; on y note les mêmes dépressions cicatricielles, le même bourrelet saillant, la même dilatation des orifices sébacés avec comédons. Cette plaque mesure 25 millim. verticalement sur 30 transversalement.

On voit disséminées sur la face un certain nombre de lésions folliculaires avec suppuration et dilatation des vaisseaux, particulièrement sur le nez, le front, les joues.

Toutes ces lésions sont presque indolentes.

Il existe un piqueté rougeâtre sur toute la partie postérieure de la voûte palatine, avec rougeur confluyente de la luette qui est tuméfiée et du voile du palais.

Il n'y a pas d'adénopathies.

Quelques grains d'acné sont disséminés sur la partie antérieure du thorax et dans le dos.

Le malade dit tousser depuis assez longtemps. Dans la fosse sus-épineuse gauche, il y a diminution du son à la percussion. L'auscultation fait entendre une respiration saccadée, des craquements à l'inspiration et à l'expiration. La tonalité est un peu amoindrie dans la région sous-claviculaire gauche.

On inocule dans la cavité péritonéale d'un cobaye la matière sébacée retirée d'un des follicules de l'oreille gauche.

*Ce fait diffère de la forme classique de lupus érythémateux acnéique par la profondeur des dépressions cicatricielles, par la saillie considérable du rebord des plaques, par l'intensité du processus destructif qui s'est traduit par la division presque complète du lobule de l'oreille droite et enfin par l'existence de suppurations folliculaires. Unna dit que dans cette dermatose, qu'il appelle ulérythème centrifuge, ces suppurations ne se produisent jamais ; notre observation montre que cette proposition est trop absolue.*

Nous ferons remarquer enfin l'existence des lésions tuberculeuses bien supportées jusqu'ici au sommet du poumon droit. Notre cas peut être à cet égard ajouté à ceux qui, en raison de cette corrélation, plaident en faveur de l'opinion qui fait de ces lupus une forme atténuée de tuberculose cutanée.



**Deux cas de pityriasis rubra pilaris.**

Par M. L. WICKHAM.

Voici deux malades du service de M. le professeur Fournier offrant deux types différents de pityriasis rubra pilaris, l'un et l'autre absolument typiques.

Le premier présente tous les caractères distinctifs de la maladie : cônes pilaires, rougeurs en plaques avec exagération des plis cutanés. Siège des lésions : régions palmaires et plantaires, coudes, cuir chevelu, face, sternum et aisselles. La maladie a débuté il y a trois ans par les mains.

Le second malade est un exemple de pityriasis généralisé. Les lésions ont commencé il y a dix ans. On distingue dans ce cas aussi tous les caractères différentiels à ce point que personne ici présent ne peut mettre le diagnostic en doute. Ce malade a été soigné à Hambourg il y a deux ans environ par le Dr Unna pour un eczéma séborréique typique. C'est donc qu'à cette époque, soit huit ans environ après le début de la maladie, les principaux caractères de pityriasis pilaire si aisés à reconnaître en général, n'étaient pas alors apparents. Ces faits existent, bien que fort rares. Si chez le malade que j'ai présenté, on fait abstraction des lésions siégeant aux mains et aux pieds, on conviendra que les autres lésions, celles du cuir chevelu, de la face, des oreilles, du sternum, des aisselles, revêtent presque absolument le type objectif de l'eczéma séborréique. Ce serait à s'y méprendre.

Ces deux exemples montrent que l'eczéma séborréique doit entrer en ligne de compte dans le diagnostic de certains faits de pityriasis rubra pilaris.

M. E. BESNIER. — Le diagnostic du pityriasis rubra pilaire dans ses premières périodes est parfois impossible, et il m'est aussi arrivé de ne l'établir qu'après un temps fort long.

**Sclérodermie.**

Par M. TENNESON.

Cette malade présente en même temps trois variétés de sclérodermie qui ont été décrites quelquefois comme des maladies distinctes :

1° Sclérodermie en plaques de la face ;

2° Sclérodermie atrophique diffuse, portant symétriquement sur les deux côtés de la face, dans toute son étendue. Les plaques tranchent

nettement, comme vous le voyez, sur l'atrophie diffuse. Ce sont là deux lésions différentes superposées;

3° Sclérodermie mutilante des doigts. Les phalanges sont déjà très amincies. L'une d'elles porte une eschare spontanée en voie d'élimination. Cette eschare s'est produite pendant une poussée douloureuse.

Notre malade a 27 ans. Le début de l'affection paraît remonter à 5 ans.

En 1891, cette jeune femme a passé quelques mois dans le service de E. Besnier.

Elle est affaiblie, émotive, et présente une albuminurie abondante, dont nous ignorons l'origine. Pas d'œdème. État général relativement bon.

#### Nouvelle observation de pellagre sporadique.

Par MM. E. GAUCHER et BALLI.

Je vous ai déjà présenté depuis un an, trois cas de pellagre sporadique. En voici une quatrième observation et je dois demain, à la Société médicale des hôpitaux, en communiquer une cinquième observation accompagnée d'autopsie et d'examen microscopique des viscères.

Le cas que je vous présente aujourd'hui est actuellement en voie de guérison.

Il s'agit d'une femme artérioscléreuse, cachectique, qui, à la suite de l'exposition prolongée à l'action des rayons solaires, fut atteinte d'érythème pellagroïde du dos des mains, du front et du nez.

Marie T..., âgée de 67 ans, journalière, née dans le département de la Marne et habitant Charenton, près Paris, a toujours présenté une bonne santé générale. Néanmoins, elle tousse depuis longtemps et elle est sortie il y a deux mois de la Pitié, où elle a été soignée pendant cinq semaines pour une bronchite chronique.

La malade dit n'avoir jamais souffert de privations; elle ne paraît pas alcoolique.

A sa sortie de l'hôpital de la Pitié, elle travailla dans les champs et fut occupée à cueillir des fraises, quand, il y a quinze jours, elle fut prise de diarrhée et constata de l'œdème des mains et des membres inférieurs; elle continua cependant son travail jusqu'au 14 juin.

Le 15 juin 1895, elle se présentait à la consultation du Bureau central, où on la dirigeait sur l'hôpital Saint-Antoine, dans mon service, salle Nélaton.

Quand je l'examine, le 16 juin, je trouve que la peau de la face dorsale

des mains est tuméfiée, d'une coloration rouge brunâtre, squameuse avec induration et épaissement des téguments.

A certains endroits, la peau est fendillée et recouverte de petites croûtes.

Cet érythème se trouve très exactement limité au dos de la main et à la naissance des premières phalanges. Il occupe tout le bord radial de la main et s'arrête au contraire à un centimètre environ du bord cubital. Il remonte un peu sur le poignet, particulièrement sur la moitié externe le long du bord radial. L'érythème occupe, en un mot, la localisation habituelle de la pellagre.

Sur le dos du nez et sur le front, il existe un érythème semblable, la malade ne portant pas de chapeau mais une fanchon, comme les paysannes des environs de Paris.

Nous trouvons, en même temps, une pigmentation exagérée de la face, de la nuque et du cou. Il n'y a pas d'érythème sur le reste du corps.

En résumé, l'érythème occupe les parties exposées d'une façon permanente à l'action du soleil.

Dans le dos, on constate des traces linéaires phthiriasiques avec macules et pigmentation consécutive.

Enfin, il existe dans la région occipito-temporale, de chaque côté, mais surtout prononcées à droite, deux plaques d'alopécie péladoïque tropho-neurotique. Ces deux plaques sont séparées par une sorte de pont vertical, où les cheveux persistent. Cette alopécie date de quatre mois environ, époque à laquelle les cheveux sont tombés tout d'un coup.

Comme autres symptômes, cette malade est atteinte d'une diarrhée très abondante; mais la langue reste bonne.

Le pouls est irrégulier, mais encore assez fort.

Il y a de l'arythmie cardiaque sans souffle (artériosclérose).

En rapport avec cette myocardite, on trouve une congestion pulmonaire bilatérale, à la base gauche et dans les 2/3 inférieurs à droite.

Les urines sont abondantes, pâles, sans albumine.

Il n'y a pas de fièvre.

*Traitement.* Potion avec :

Extrait de quinquina.....	} à 3 gr.
Extrait de ratanhia.....	
Caféine.....	0 gr. 75

Application de ventouses sèches.

Le 17. L'œdème du dos des mains a disparu, ainsi que celui des membres inférieurs. L'érythème brunâtre, squameux, persiste sur le dos des mains, le nez et le front.

La diarrhée est toujours abondante. Il y a 80 pulsations à peu près régulières.

Le 21. La diarrhée a cessé. L'érythème tend à disparaître.

L'état général est meilleur, cependant il existe encore un peu de congestion pulmonaire aux deux bases.

Le 24. L'érythème des mains a disparu; il n'y a plus qu'une pigmentation brunâtre avec desquamation. La rougeur cuivrée du front et du dos du nez persiste.

On ne constate plus de congestion pulmonaire.

La malade commence à manger. On supprime l'extrait de ratanhia et la caféine.

Le 25. La diarrhée reparait. On donne de nouveau l'extrait de ratanhia.

Le 26. La diarrhée a cessé. La potion est supprimée. Il n'existe plus, à proprement parler, d'érythème nulle part.

Les régions atteintes sont couvertes de larges lambeaux d'épiderme desquamé, au-dessous desquels la peau semble recouvrer ses caractères normaux.

Il est juste d'ajouter que la malade n'a pas quitté le lit depuis son entrée à l'hôpital et n'a plus été exposée au soleil. Elle s'est reposée et son régime a fait disparaître peu à peu les phénomènes de cachexie qu'elle présentait au début.

Quoi qu'il en soit, actuellement, 10 juillet, la malade paraît guérie de son érythème pellagroïde ; mais elle est encore très faible et ses lésions d'artériosclérose la font maintenir à l'hôpital.

Cette observation vient à l'appui de la théorie qui fait de l'érythème pellagreux un simple érythème solaire, développé chez des cachectiques, chez des individus qui présentent une déchéance physique ou mentale très prononcée, dont la nutrition est insuffisante.

M. JEANSELME. — J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas d'*érythème pellagroïde* du dos des mains chez un jeune homme de 24 ans, issu de souche nerveuse et offrant les stigmates de la dégénérescence mentale. Sur ce malade qui buvait une grande quantité de vin blanc, particulièrement le matin à jeun, j'ai trouvé tous les signes de l'éthylisme et je crois que, comme dans les cas précédemment signalés par M. Gaucher, l'alcool, probablement en amoindrissant la vitalité des nerfs périphériques, a favorisé l'apparition de l'érythème solaire.

Mais je ne pense pas qu'il faille pour cela identifier l'érythème pellagroïde avec la pellagre. En faisant même abstraction de l'étiologie si spéciale de cette dernière, sans quitter le terrain clinique, on peut se convaincre aisément, ce me semble, qu'il existe entre ces deux affections des différences fondamentales. Dans l'érythème pellagroïde, la manifestation cutanée est tout ou à peu près tout ; dans la pellagre, l'érythème n'est qu'un des éléments, et non le plus important, du tableau symptomatique, car les troubles intestinaux et le délire si particulier avec tendance au suicide occupent dans cette maladie une place au moins aussi grande que les altérations des téguments. Comme dernier argument, j'ajouterai que l'érythème pellagroïde est une affection bénigne qui rétrocede spontanément quand le sujet est soustrait à l'action de la cause nocive, tandis que la pellagre, maladie incurable, est sujette à des recrudescences saisonnières périodiques.

**Vitiligo par compression.**

Par M. GAUCHER.

Dans une précédente séance, M. Hallopeau a présenté une observation de vitiligo par compression, chez un malade porteur d'un bandage herniaire.

Les cas de ce genre ne sont pas très rares et nous venons d'en trouver un exemple dans nos observations.

Il s'agit d'un malade hospitalisé le 18 mai 1895, salle Marjolin, hôpital Saint-Antoine, pour un eczéma du scrotum.

Cet homme qui, depuis longtemps, portait un bandage pour une hernie inguinale gauche, présentait une tache de vitiligo exactement limitée à la pelote du bandage. Non seulement la peau était achromique, mais les poils étaient décolorés à ce niveau et la région voisine était hyperchromique.

Il n'existait de vitiligo sur aucun point du corps et cette dystrophie pigmentaire ne pouvait être attribuée à une autre cause que la compression.

**Troisième cas de névrite syphilitique du nerf cubital.**

Par MM. E. GAUCHER et CHAMPNIER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un troisième cas de névrite syphilitique du nerf cubital droit. Je vous en ai déjà montré deux cas, en collaboration, le premier, avec M. le Dr Barbe; dans la séance du 10 janvier 1895, le second, avec MM. Sergent et Champnier, dans la séance du 18 avril 1895. Chose curieuse, dans les trois cas la névrite occupe le *nerf cubital du côté droit*.

Voici cette troisième observation :

M<sup>me</sup> M..., âgée de 30 ans, blanchisseuse, vient le 30 janvier 1895, consulter le Dr Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine. Elle présente une éruption généralisée discrète qui a débuté, il y a trois semaines, par les avant-bras. Cette éruption est caractérisée par de larges papules aplaties, cuivrées, légèrement squameuses, occupant les bras et les avant-bras, la poitrine, le dos, la nuque et le cuir chevelu, le ventre et les cuisses. Adénopathie polyganglionnaire rétro-cervicale et inguinale bilatérale. Plaques muqueuses vulvaires. Sur la grande lèvre gauche, tuméfiée et indurée, on remarque une lésion ulcéreuse à peu près cicatrisée; c'était en ce point très probablement que siégeait l'accident primitif. Tubercules muqueux périvulvaires et péri-anaux, quelques syphilides érosives au niveau de la fourchette.

La gorge présente une teinte érythémateuse générale. On trouve aussi quelques papules squameuses à la face palmaire de chaque main.

L'état général est bon.

On prescrit deux pilules de sublimé, d'un centigramme chacune, par jour, un gargarisme au chlorate de potasse et de la pommade au calomel pour panser les plaques muqueuses vulvaires.

6 février. L'éruption a pâli, la vulve est en voie de guérison ; on continue le traitement.

Le 20. L'éruption prend une teinte cuivrée. La malade est très anémiée ; on continue les pilules de sublimé.

La malade, qui se croyait guérie, cesse de prendre des pilules au commencement de mars, et ne revient à la consultation que le 17 avril. On constate alors que l'éruption a augmenté d'intensité sur tout le corps. Les papules sont devenues plus saillantes ; elles sont rouges, enflammées, ulcérées même, par places, notamment au niveau du pli du coude.

Aux lèvres, plaques muqueuses commissurales ; plaques muqueuses confluentes de la langue et de la gorge.

Le 20 avril, la malade est admise à l'hôpital Saint-Antoine, salle Nélaton, service de M. le Dr Gaucher. On lui fait chaque jour une injection hypodermique d'un centigramme de benzoate de mercure ; on lui donne en même temps deux grammes d'iodure de potassium par jour. Elle quitte l'hôpital le 19 mai ; elle est à peu près guérie ; il ne persiste que trois ou quatre syphilides squameuses au niveau des épaules.

On lui recommande de venir trois fois par semaine pour qu'on lui fasse des injections mercurielles, et de prendre des pilules de sublimé les autres jours.

En dépit de nos recommandations, la malade suit très irrégulièrement son traitement, et c'est seulement le 14 juin qu'elle revient à la consultation des maladies de la peau.

Depuis quinze jours, l'éruption est réapparue. En même temps sont survenus des troubles nerveux assez accentués. La malade est triste ou gaie sans raison, elle pleure sans motif. Elle a de l'insomnie, une céphalée nocturne qui la fait beaucoup souffrir. Elle a, deux ou trois heures après avoir mangé, une sensation de pesanteur au creux épigastrique avec envies de vomir, accompagnée d'angoisse précordiale et de bouffées de chaleur à la tête.

L'appétit est conservé ; pas de constipation ; pas d'albuminurie. Les plaques muqueuses vulvaires sont guéries.

En outre depuis huit jours, la malade ressent dans le poignet droit une douleur continue avec exacerbations nocturnes. Elle s'aperçoit que sa main droite devient moins forte. La douleur dans le poignet, la faiblesse de la main s'accroissent peu à peu. On trouve à l'examen les symptômes suivants :

Le point douloureux, dont la malade se plaint depuis huit jours, est situé au niveau de l'os crochu, là où le nerf cubital passe du carpe dans le métacarpe. Le nerf cubital est d'ailleurs sensible à la pression dans tout son trajet antibrachial et au coude dans la gouttière épitrochléenne. La sensibilité à la pression dans son trajet brachial est normale.



La malade éprouve en même temps des fourmillements et de l'engourdissement de l'annulaire et de l'auriculaire droits.

*Troubles sensitifs.* — Si l'on examine la sensibilité de la main et de l'avant-bras droits, on trouve que les diverses sensibilités sont abolies à la dernière phalange de l'auriculaire. Elles sont notablement diminuées aux deux autres phalanges de l'auriculaire, à l'annulaire, à la moitié interne du médius et à la moitié interne de la main, faces dorsale et palmaire. La sensibilité est aussi légèrement diminuée au bord cubital de l'avant-bras.

*Troubles moteurs.* — Quand on regarde la main de la malade, on est frappé tout d'abord par la position du petit doigt qui reste écarté de l'annulaire; la malade ne parvient à mettre ces deux doigts en contact qu'avec beaucoup de difficulté (adducteur du petit doigt). Le mouvement d'adduction de la main droite est difficile à exécuter (cubital antérieur). La malade pince moins fort, avec le petit doigt et le pouce, à droite qu'à gauche (adducteurs du petit doigt). La différence est également sensible si elle pince avec le pouce et l'index (adducteur du pouce). La force dynamométrique de la main droite est diminuée: elle est de 6 à droite, de 30 à gauche. Cette différence peut s'expliquer par ce fait que les deux faisceaux internes du fléchisseur profond, innervés par le cubital, sont légèrement atteints. Pour la même raison, la force de flexion de la main sur l'avant-bras est diminuée (faisceaux internes du fléchisseur profond et cubital antérieur). L'extension de la main sur l'avant-bras est normale. La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras semblent aussi normales.

*Troubles trophiques.* — On ne constate pas d'atrophie musculaire. La main droite, qui tient le fer à repasser, est au contraire plus épaisse que la main gauche. Mais, au bout de quelques jours, il semble que le dernier espace interosseux se soit un peu affaissé.

En résumé, la région innervée par le nerf cubital est seule atteinte; on ne trouve rien d'anormal dans la sphère d'innervation du médian ou du radial.

Nous n'avons pas trouvé de périostites ni de périostoses sur aucun point du trajet sensible du nerf cubital, ni, d'ailleurs, sur aucun autre point du corps. Pas de névralgies dans aucune région.

*Traitement.* — Chaque jour, une injection hypodermique d'un centigramme de benzoate de mercure et un gramme d'iodure de potassium.

Le 16 juin. Même état; la force dynamométrique est la même.

Le 19. Il y a une amélioration sensible; la force dynamométrique est remontée à 16 du côté droit, elle est toujours de 30 du côté gauche. Le 3 juillet elle est de 23 à droite. L'amélioration de la force musculaire s'accroît donc de jour en jour depuis que l'on fait des injections hypodermiques régulièrement. Mais la sensibilité n'a pas été modifiée, elle est toujours diminuée dans la région innervée par le nerf cubital. Le nerf est toujours sensible à la pression.

Nous avons donc, en somme, une névrite du nerf cubital chez une syphilitique en pleine période secondaire.

Cette névrite est indubitablement d'origine syphilitique, car nous ne



trouvons aucune autre cause, notamment pas d'intoxication. La malade est devenue nerveuse depuis que sa syphilis s'est aggravée, mais elle n'est pas, à proprement parler hystérique. Cependant elle appartient à une famille de névropathes. Sa mère est morte il y a quatre mois; elle était atteinte après le chancre de la persécution. Ses deux oncles maternels sont morts fous. Ces antécédents constituent certainement une prédisposition aux accidents nerveux que nous constatons aujourd'hui.

M. BARTHÉLEMY. — Je viens d'observer, chez un sujet sans antécédents, un cas de névrite du nerf facial, avec d'abord des fourmillements et des douleurs par élancements intermittents, avec ensuite une paralysie faciale qui dure encore. La malade ne présente aucun signe d'une affection centrale et la lésion est bien périphérique. Or il s'agit d'une syphilis arrivée à la deuxième année après le chancre et qui s'accompagne de nombreuses périostites du frontal. (Ce malade, soit dit en passant, n'a été traité que par le mercure jusqu'à ce jour et, depuis qu'il prend un gramme d'iodure de potassium en même temps, la plupart de ses lésions sont entrées en rétrocession.) Je crois donc que le symptôme de névrite périphérique du facial, ici très net, est attribuable à la compression par une périostite du frontal concomitante des autres périostites, plutôt qu'à une autre cause.

Je voulais amener ici une malade, Marie C..., demeurant rue de la Folie-Méricourt, qui, âgée de 30 ans, a eu à l'âge de 11 ans une fièvre typhoïde très grave et a subi à la suite des eschares profondes et multiples une sorte de mutilation allant jusqu'aux os et les irritant. C'est à la suite de ces lésions osseuses, portant sur les os du sacrum et de la colonne, que des névrites périphériques se sont développées par compression nerveuse sur les membres inférieurs, et des troubles trophiques fort intéressants : troubles de la sensibilité, fourmillements, engourdissements, anesthésies sans atrophies musculaires. Il faut noter certains symptômes du côté de la peau, des stries atrophiques tout à fait symétriques développées transversalement sur la peau du dos des pieds et des extrémités inférieures des jambes; il y a aussi des hyperkératoses à peu près symétriques au talon et même deux petits éperons en forme de cornes cutanées. Tout cela montre que les lésions osseuses primitives peuvent être le point de départ de névrites périphériques. C'est à cette cause que j'ai tendance à rapporter beaucoup de lésions nerveuses de la période secondaire de la syphilis, non exclusivement, bien entendu. A l'appui de cette thèse, voici une malade qui est porteur d'une exostose ostéo-gommeuse de l'extrémité inférieure de l'humérus; il y a des douleurs et des engourdissements, parce que les tissus sont là extensibles et que la compression est modérée; mais supposez la même lésion développée quelques centimètres plus bas, au niveau du nerf cubital par exemple, vous aurez tous les symptômes de la névrite périphérique, ainsi que j'en ai déjà observé et rappelé ici plusieurs faits.

### De la stérilité du pus du bubon blennorrhagique.

Par MM. E. GAUCHER, SERGENT et CLAUDE.

Assez fréquemment, à la période d'état de la blennorrhagie, on peut observer un engorgement ganglionnaire inguinal uni ou bilatéral, qui se résout spontanément.

Beaucoup plus rarement, au contraire, se rencontre le bubon suppuré.

Ricord distingua le bubon blennorrhagique du bubon chancrelleux proprement dit en montrant qu'il n'était pas inoculable; il se plaçait au point de vue de la spécificité du chancre mou. Mais, depuis la découverte du gonocoque et surtout depuis les recherches toutes récentes entreprises sur la biologie de ce microbe, on est en droit de se demander si le bubon blennorrhagique n'est pas spécifique lui aussi, en d'autres termes, s'il n'est pas une manifestation du gonocoque.

Dans les cas publiés jusqu'ici, où la recherche du gonocoque a été faite, elle est toujours restée négative.

Leistikow n'a jamais trouvé de gonocoques dans les adénites de la blennorrhagie.

Bockhart (1887) vit, dans un cas, des streptocoques.

Au Congrès de Vienne (1892), Campana, dans une communication intitulée : *L'adénite inguinale dans l'uréthrite chronique de la portion membraneuse*, pense que la blennorrhagie aiguë, qui donne souvent l'épididymite, ne donne pour ainsi dire jamais l'adénite. Au contraire, l'uréthrite chronique de la portion membraneuse, entretenue par les microbes pyogènes ordinaires (surtout les staphylocoques), s'accompagne volontiers pour lui d'adénites inguinales. Dans la discussion qui suivit cette communication, Janowski apporta les résultats de son observation personnelle; pour lui, l'adénite ne survient dans la blennorrhagie aiguë que si le malade a suivi dès le début un traitement irritant et intempestif; il estime qu'en ce cas il s'agit d'une véritable infection secondaire, dans laquelle le gonocoque ne joue aucun rôle. Sur 40 cas examinés bactériologiquement, il a rencontré trois fois des microbes pyogènes vulgaires; dans aucun cas, il n'a vu le gonocoque. Mais il s'empresse d'ajouter qu'il ne faudra pas désormais s'en rapporter à un simple examen du pus sur lamelles, mais avoir toujours recours aux moyens de cultures récemment indiqués.

Enfin, Finger, Ghon et Shagenhauser (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*; traduction de Broca, octobre 1894), bien qu'ils ne parlent pas de l'adénite dans leur travail, concluent de l'ensemble de leurs recherches sur la biologie du gonocoque, que : « on peut dire aujourd'hui que les complications métastatiques de la blennorrhagie sont dues au gonocoque ».

En somme, les renseignements que nous possédons actuellement sur le bubon blennorrhagique, sont trop rares et trop incomplets pour autoriser une description exacte et précise de cette complication de la blennorrhagie et surtout pour tirer des conclusions, si réservées qu'elles soient, sur sa nature. Le bubon blennorrhagique est-il simple ou spécifique ? Est-il comparable au bubon primitif non chancrelleux du chancre mou, ou bien doit-il être mis en parallèle, au point de vue de sa spécificité, avec le bubon chancrelleux proprement dit, primitivement ou secondairement spécifique ? S'il n'est pas spécifique, relève-t-il d'une infection secondaire ou bien est-il stérile ? La discussion reste ouverte ; elle ne pourra être close que par l'apport de nombreuses observations. Aussi, pensons-nous utile et intéressant de relater aujourd'hui les résultats que nous a fournis l'examen des deux cas de bubon blennorrhagique que nous venons d'observer.

OBSERVATION I. — *Adénite inguinale suppurée au cours d'une blennorrhagie aiguë. Pus stérile.* — Louis M..., journalier, 39 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Gaucher, salle Marjolin, le 10 avril 1895. Il a la blennorrhagie et présente une adénite inguinale droite en voie de suppuration. Il n'a pas de chancre mou. Le début de la blennorrhagie remonte à trois semaines ; l'adénite a fait son apparition, il y a quatre jours ; quatre jours avant, M... était venu consulter pour l'écoulement urétral ; on lui avait simplement prescrit de prendre de l'opiat et de porter un suspensoir.

Le 18 avril, l'écoulement urétral persiste, mais il est beaucoup moins abondant. Le bubon au contraire a grossi, il est mou ; on fait une petite incision, qui donne issue à quelques gouttes de pus et à un suintement louche séro-purulent assez abondant et strié de sang. Aussitôt l'incision faite, on avait introduit une pipette et aspiré les premières gouttes de pus et de sérosité.

Pansement iodoformé. Mèche de gaze iodoformée laissée dans la plaie.

Le pansement fut changé tous les deux jours ; chaque fois il s'écoule encore quelques gouttes de pus mal lié.

Le 4 mai, la suppuration est complètement terminée ; l'incision est cicatrisée ; la palpation de la région ne provoque plus de douleurs. Le malade quitte l'hôpital ; l'écoulement urétral a presque complètement disparu ; il n'y plus qu'une goutte le matin.

Il convient de noter qu'environ un an auparavant, M... était venu consulter pour des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus et des syphilides papuleuses de l'avant-bras droit. L'accident primitif remontait à quelques mois (octobre 1893). D'autre part, trois semaines après sa sortie de l'hôpital (27 mai 1895), M... revint à la consultation pour des syphilides papuleuses, psoriasiformes et érythémateuses des avant-bras et des jambes. On le remit au traitement spécifique qui avait été cessé depuis quatre mois.

*Examen bactériologique et recherches expérimentales, par M. SERGENT.*

— 1° Le pus de l'urèthre, examiné à plusieurs reprises sur lamelles, mon-

tra toujours de nombreux gonocoques et jamais d'autres microbes. Il ne fut pas ensemené.

2° Le *pus du bubon*, recueilli le 18 mai en pipette stérile, fut examiné sur lamelles, cultivé et inoculé.

a) *Colorations sur lamelles*. — De nombreuses lamelles, colorées par les méthodes usuelles, ne firent voir aucun microbe.

b) *Cultures*. — Desensemencements sur bouillon, gélose, sérum, restèrent stériles.

c) *Inoculations*. — Des inoculations, pratiquées directement, avec le pus du bubon, dans l'urèthre d'un chien, dans le vagin d'une chienne, dans l'urèthre d'un lapin et sous la peau d'un cobaye, ne furent suivies d'aucun effet.

De l'ensemble de ces recherches nous pensons pouvoir considérer comme certains les deux faits suivants :

1° Le bubon que nous avons observé relève de la blennorrhagie, ainsi que le prouvent la présence du gonocoque dans l'écoulement uréthral et surtout l'absence de toute autre cause que cet écoulement.

2° Ce bubon, de cause blennorrhagique, n'est pas dû au gonocoque ; il ne relève pas non plus d'une affection secondaire : c'est un bubon simple, lupus stérile.

J'ai observé un deuxième fait de bubon blennorrhagique à pus stérile, moins démonstratif que le précédent, parce qu'il s'agit d'une femme. Le vagin renfermait, en effet, une grande quantité de microbes différents qui n'ont pas permis la culture du gonocoque.

Voici cette seconde observation, avec les détails de l'examen microscopique et bactériologique pratiqué par mon interne, M. Claude.

OBSERVATION II. — *Méto-vaginite blennorrhagique avec adénite inguinale suppurée. Pus stérile*. — Jeanne H..., entre le 19 mai 1895 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Nélaton, n° 12, service de M. le Dr Gaucher, pour une adéno-pathie inguinale.

Elle est de constitution faible, pâle, anémiée ; elle a eu souvent des pertes blanches. A 10 ans, elle contracta une pleurésie dont elle guérit bien. Les règles apparurent à 15 ans et se montrèrent toujours régulièrement.

L'affection actuelle aurait débuté vers le 20 avril. Elle ressentit une douleur dans la région inguinale droite et constata l'existence d'une petite glande. Elle n'eut pas de pertes plus fortes que d'habitude, pas de mictions douloureuses, pas de douleurs abdominales. Les règles qui survinrent à la même époque furent beaucoup moins abondantes. La malade s'alita, prit des injections, mais l'adénite s'accrut peu à peu ; la douleur devint plus vive et le gonflement s'étendit à la grande lèvre. C'est ce qu'on put constater lorsque la malade vint consulter à l'hôpital le 10 mai. Elle avait également un écoulement vaginal abondant jaunâtre, qui fut traité par des injections de permanganate de potasse.

Le 19 mai, à son entrée dans la salle, les pertes étaient très diminuées ; mais on constatait, à la partie interne de la région inguinale, une adéno-

pathie mal circonscrite, diffuse, du gonflement et une rougeur assez prononcée s'étendant à la partie supérieure de la grande lèvre. On ne trouva aucune ulcération vulvaire, aucune lésion vaginale, uréthrale ou anale. Il n'y avait pas de plaie du pied ni des régions environnantes. L'adénite était douloureuse à la pression et sa partie centrale amincie laissait percevoir un léger degré de fluctuation.

L'examen bactériologique des sécrétions vaginales, d'ailleurs peu abondantes depuis le traitement par le permanganate, nous montra seulement des cocci et des bacilles sans caractères bien définis.

Le 22, l'adénite est ouverte au bistouri, on trouve un foyer purulent, cloisonné de brides fibreuses, et provenant de la fonte de plusieurs ganglions. Le pus est blanchâtre, peu épais. Examiné sur lamelles, il ne parait contenir aucun micro-organisme et pas de bacilles tuberculeux. Des cultures furent faites avec ce pus largementensemencé sur gélose ordinaire, gélose au sérum, et sur une goutte de sang humain recouvrant la gélose. Aucune colonie ne se développa.

L'abcès fut nettoyé, touché au chlorure de zinc et drainé à la gaze iodée formée.

Quelques jours après, la malade avait ses règles qui cessèrent le 29 mai.

Un nouvel examen des sécrétions vaginales est fait avant que la malade n'ait pris d'injections. Nous trouvons comme précédemment, par l'examen direct, des bacilles décolorés au Gram, de dimensions diverses, des cocci de plusieurs espèces restant pour la plupart colorés au Gram. Enfin, dans quelques leucocytes ou cellules épithéliales, qui sont en plus grand nombre qu'auparavant, existent des diplocoques en grain de café, décolorés au Gram, qui ont l'apparence du gonocoque. Des cultures ont été faites seulement sur gélose ordinaire et n'ont pas donné de résultat, car les saprophytes ont envahi rapidement tout le milieu.

3 juin. L'abcès tend à se fermer complètement, la cavité est très réduite, le gonflement a disparu ainsi que les phénomènes douloureux. La métrite a bien diminué d'intensité.

La malade quitte l'hôpital le 15 juin 1895.

Il s'agit donc d'un cas de métrite-vaginite subaiguë très vraisemblablement de nature blennorrhagique. L'absence d'antécédents puerpéraux, l'efficacité du permanganate de potasse, la présence de diplocoques présentant l'aspect morphologique et les propriétés du gonocoque plaident en faveur de cette hypothèse. Toutefois l'absence de cultures ne nous autorise pas à poser une conclusion ferme. L'abcès ganglionnaire était secondaire à la métrite-vaginite, fait assez rare; de plus, il ne contenait pas de microbes: c'était un pus stérile, comme dans le cas précédent.

Voilà donc le fait brut sans commentaires: A l'ouverture du bubon blennorrhagique, le pus de ce bubon est stérile. On ne manquera pas de m'objecter que le pus, stérile à la fin, ne l'était peut-être pas au début; qu'il a pu renfermer des gonocoques et que ceux-ci étaient morts à l'ouverture de l'abcès; qu'il a pu renfermer aussi d'autres

micro-organismes, qui ont cheminé jusqu'aux ganglions après avoir envahi les voies lymphatiques, à la faveur d'une érosion de la muqueuse, et que ces germes pathogènes ont été détruits par la phagocytose. Il est impossible de répondre à de telles objections, qui ne sont que des hypothèses; et, malgré ces objections, comme conclusion finale, je crois que ces faits, s'ils sont confirmés par d'autres semblables et si on les rapproche de l'absence du gonocoque dans les lésions métastatiques diverses de la blennorrhagie, notamment dans les arthropathies, je crois, dis-je, que ces faits sont de nature à jeter un nouveau doute sur la spécificité réelle du gonocoque. On sait, d'ailleurs, déjà, que cette spécificité est tellement incertaine qu'elle n'est pas admise en médecine légale.

M. SABOURAUD. — Les faits négatifs ne prouvent rien. Dans le pus d'un abcès morveux, après plusieurs mois, il n'existe plus aucune trace du microbe spécifique.

M. GAUCHER. — Je ne crois pas être le seul à douter de la spécificité du gonocoque. Je sais aussi bien que M. Sabouraud que le pus devient amicrobien après un certain laps de temps. Mais, dans mes cas, l'abcès était récent, encore chaud, il faudrait donc admettre une phagocytose bien active.

M. SABOURAUD. — La phagocytose est très rapide dans la blennorrhagie, car les microbes sont groupés dans le protoplasma cellulaire.

M. FOURNIER. — Je crois qu'il faut reconnaître une certaine importance aux faits négatifs. Il m'arrive en moyenne une fois par mois, en examinant des femmes soupçonnées d'avoir communiqué la chaude-pisse à un homme, de ne pouvoir découvrir sur elles aucune trace de blennorrhagie. Les confrontations réitérées pourront seules éclairer cette question.

M. MÉNAHEM HODARA. — Le professeur Goll, de Zurich, sur 1,034 cas de blennorrhagie chronique, n'a trouvé le gonocoque que dans 118 cas, et M. Oberländer a constaté plusieurs fois que ce pus sans gonocoque était virulent. L'absence de ce microbe n'infirme donc pas le diagnostic de blennorrhagie.

#### Sur un cas de dystrophie unguéale et pilaire familiale.

Par MM. NICOLLE, médecin des hôpitaux de Rouen, et HALIPRÉ, chef de clinique médicale.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade entré à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour des altérations de tous les ongles des mains et des pieds, datant de l'enfance (hypertrophie, fendillement, friabilité,



suppurations péri-unguéales. On put, par l'analyse clinique, éloigner toute idée de lèpre ou de syphilis héréditaire.

Des altérations profondes des cheveux furent également relevées chez ce sujet (achromie, atrophie, diminution considérable de nombre).

En étudiant les antécédents du malade, on put déterminer le caractère de l'affection. Sur 55 personnes de sa famille, en six générations, 36 avaient présenté des troubles unguéaux et pilaires semblables.

Il s'agit, en somme, d'une dystrophie familiale, qu'on peut comparer aux grandes affections familiales du système nerveux.

(L'observation du malade, le tableau généalogique et les photographies seront publiés dans les *Annales de Dermatologie*.)

#### Deux cas de psoriasis traités par les injections mercurielles.

Par M. J. BRAULT.

Par ces temps d'injections dans le psoriasis, sans le moins du monde croire à certaines théories étrangères qui voient, dans cette affection, une manifestation bâtarde de la syphilis héréditaire, j'ai voulu essayer d'une façon un peu empirique, je le confesse, les solutions employées pour le traitement des syphilitiques, solutions qui se montrent si efficaces contre les efflorescences cutanées de la vérole.

J'ai choisi deux psoriasis purs et typiques, l'un tout jeune, l'autre déjà ancien et je les ai soumis aux injections d'oxyde jaune de mercure à l'exclusion de toute autre médication (1). Voici les observations résumées.

OBSERVATION I. — M. G..., étudiant, 22 ans, pas d'antécédents héréditaires, une blennorrhagie, pas d'autre affection vénérienne, première atteinte à l'âge de 14 ans.

Le malade a déjà été traité pour psoriasis à la clinique de Montpellier; nous l'avons nous-même soigné une fois à l'aide d'une médication classique : bains sulfureux, glycérolé cadique, arsenic à l'intérieur. Plus récemment, il a subi, ailleurs, un traitement basé surtout sur l'emploi de l'acide chrysophanique, mais, en présence d'une poussée très sévère, prenant quand même une extension rapide, nous le voyons reparaître.

L'éruption caractéristique est généralisée; elle occupe surtout le côté de l'extension sur les membres supérieurs et inférieurs; le dos est également couvert et les parties latérales de la ceinture; dans ces régions, il y a même confluence; les placards présentent, au contraire, une disposition plus discrète, à la partie antérieure du tronc et sur l'abdomen. Le cuir

(1) Soit interne, soit externe. Les malades n'ont pris que quelques bains de propreté, absolument simples.



chevelu est assez atteint, l'on remarque, enfin, quelques plaques dans la barbe et sur le gland.

Le malade reçoit une première injection mercurielle le 16 mars (oxyde jaune à 0,05 centigr.).

26 mars. Deuxième injection (même dose).

2 avril. Troisième injection (même dose).

A partir de cette date, l'amélioration est déjà très sensible, les squames s'amincissent et s'effritent, l'éruption pâlit et tend à s'effacer; toutefois, l'on remarque encore quelques efflorescences nouvelles.

Quatrième injection, le 16 avril.

A partir de ce moment, il est plus difficile de saisir les étapes décroissantes de la maladie.

Cinquième, sixième et septième injections les 9 mai, 23 mai et 17 juin; ces dernières sont faites à 10 centigrammes.

Très bon état général. Pas la moindre salivation (1), après la sixième injection; à part quelques mouchetures qui marquent les places où le processus a été le plus intense, l'éruption a complètement disparu.

OBSERVATION II. — A..., boulanger, 22 ans, individu très robuste, pas d'antécédents héréditaires, aucune affection vénérienne; type de début, première poussée au mois de février de cette année. Grandes plaques. Aux coudes et aux genoux, quelques gouttes discrètes sur la partie postérieure des cuisses et sur le tronc. Rien, par ailleurs.

Même nombre d'injections, même espacement que pour le précédent, mêmes doses. Dès la première piqûre, on constate de l'amélioration; après la deuxième, elle est déjà très nette, les plaques deviennent rose pâle et les squames tombent. Il n'y a pas de nouvelles poussées.

Actuellement, il n'existe plus comme vestige de l'affection, que quelques taches très légèrement colorées aux genoux et aux coudes (2).

Comme on le voit, par ces observations, il s'agissait de deux psoriasis typiques; je tiens à bien l'établir et à le répéter, il ne pouvait y avoir de confusion possible avec une syphilide papulo-squameuse.

Les malades étaient indemnes de toute tare syphilitique; l'aspect, le siège, la marche de l'affection ne pouvaient laisser aucun doute. Le premier cas, qui remonte à l'âge de 14 ans, a été traité dans une clinique spéciale; il a été vu par plusieurs médecins. Le deuxième, avec une poussée initiale presque entièrement limitée aux genoux et aux coudes, n'est pas moins caractéristique.

On trouvera peut-être la durée du traitement exagérée (3), le nombre des injections un peu considérable (4) et l'on pourra m'objecter que, le psoriasis étant une maladie à poussées successives, j'ai pu assister simplement à une guérison naturelle.

(1) Traitement préventif au chlorate de potasse.

(2) Il n'y a pas de coloration brune, foncée, comme avec l'arsenic.

(3) Trois mois.

(4) N° 7.

Si j'ai prolongé le traitement, c'est qu'il était admirablement supporté par les sujets et que je voulais avoir raison des moindres traces de la maladie.

Je ne puis croire qu'il s'agisse là d'une disparition spontanée. Le psoriasis non traité ne s'amende pas ainsi. J'ai eu affaire, dans mon premier cas, à une forme sévère et rebelle et, dans les deux observations, l'amélioration très notable qui a suivi les premières injections, m'est un sûr garant de leur action thérapeutique.

Nos malades nous ont quitté, débarrassés de leurs efflorescences cutanées, mais je ne vois là, bien entendu, qu'une guérison apparente, momentanée. Le mercure n'étant pas un spécifique du psoriasis, j'attends la récurrence à plus ou moins longue échéance et je ne veux tirer des observations toutes récentes, à peine terminées, que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société, que la conclusion suivante : c'est que le mercure (1), à lui seul, en injections sous-cutanées, est capable, comme les autres traitements classiques, de blanchir les psoriasis (2).

#### Sur le fibrome périacineux des glandes sudoripares.

Par le Dr CH. AUDRY (de Toulouse).

On constate à chaque instant l'existence sur le tégument des adultes et des vieillards de petites excroissances qui ne méritent pas le nom de tumeurs, qui ne comportent guère d'importance clinique, mais dont l'étude anatomique est féconde en renseignements intéressants et peu connus. Il est du reste souvent difficile de se les procurer.

La pièce qui fait l'objet de cette courte note était une petite tumeur arrondie, dure, siégeant immédiatement au-dessus du sourcil gauche, grosse comme un noyau de cerise, recouverte d'un épiderme lisse et rosé, et dont l'apparition remontait à plusieurs années. Le sujet porteur était une femme de 37 ans, qui avait amené à la polyclinique son fils atteint d'un lichénoïde eczématiforme. Nous pensions l'énucléer facilement, mais le néoplasme adhérait intimement à l'épiderme, et nous dûmes exciser le tout.

La pièce fixée par l'alcool, incluse dans la paraffine, colorée par la série

(1) Le mercure entre pour une bonne part dans le traitement de Donovan Ferrori, assez prisé de l'étranger.

(2) Ayant obtenu de bons résultats avec l'iode associé au traitement externe, je compte essayer sous peu le traitement mixte sans applications cutanées.

des réactifs habituels (carmins divers, bleus, orcéine, etc.), a paru constituée comme il suit (1).

Au-dessous de l'épiderme, mince, sans papille, comme tendu, on voit une mince bande de tissu conjonctif normal avec ses cellules, son réseau élastique et quelques invaginations folliculaires. Puis apparaît assez brusquement le tissu néoplasique en une nappe à limite assez régulièrement circulaire.

Cette nappe est formée par du tissu fibreux très avancé dans son évolution : les éléments qui le composent se trouvent presque tous sectionnés transversalement ou obliquement. Ces cellules apparaissent alors munies d'un noyau de forme variable, assez volumineux, situé au milieu d'un espace clair plus ou moins circulaire. Cette apparence presque globuleuse est caractéristique de la cellule fibreuse nettement développée. Toutes sont juxtaposées; çà et là, l'orcéine montre quelques traces d'un tissu élastique presque complètement étouffé, réduit à quelques fines fibrilles minces et dispersées, comme dans toute néoplasie fibreuse (Soffiantini-Darier). On retrouve seulement quelques éléments élastiques bien nets autour de la lumière de quelques petits vaisseaux sanguins qui sont en contact direct avec les cellules fibreuses.

La nappe fibreuse présente, outre quelques invaginations polygones dans sa zone extérieure, des formations particulières et caractéristiques; ce sont des globules circulaires ou ovales, limités par une sorte de condensation du tissu et une mince membrane mal définie, complètement dépourvue de tissu élastique externe et même dans le tissu néoplasique. Ces tubes représentent évidemment des sections de glandes sudoripares, dissociées, écartées, dilatées. Ils sont, les uns presque vides, bordés de quelques cellules aplaties ou losangiques ou irrégulièrement cubiques; les autres remplis par ces mêmes cellules munies d'un gros noyau à protoplasma grenu bien coloré, polyédrique, sans forme définie, et dont la cohésion est des plus capricieuses. Le nombre de ces tubes varie suivant les points du néoplasme examiné.

Premièrement, ces tubes ne peuvent être que des sudoripares; puis, il faut noter l'insertion directe du tissu fibreux sur les tubes mêmes; de la sorte, et la disparition de la gaine élastique le prouve, il apparaît que le fibrome a trouvé son point de départ dans la paroi même des pelotons glomérulaires. Y a-t-il néoformation de tubes? Je ne le crois pas, mais simplement dilatation et hypertrophie de ces derniers.

Je crois donc qu'on définit exactement la lésion par la dénomination de *fibrome périacineux des sudoripares*. On ne saurait manquer de rapprocher ce néoplasme du fibrome périacineux qu'on observe à la mamelle.

Je ne connais pas d'observation anatomique semblable à la précé-

(1) Je remercie volontiers mon préparateur, M. Lancé, du concours précieux qu'il m'apporta dans l'exécution des préparations de cette pièce et des deux suivantes.

dente; je ne veux du reste pas affirmer qu'il n'en a jamais été publié. Je n'en reconnais point de comparable dans le travail de Petersen. Dans son histopathologie des maladies de la peau, Unna donne une observation personnelle d'un « spéradénome » avec néoformation fibreuse ambiante. Mais dans notre cas, l'adénome manque, et je suis d'autant plus autorisé à distinguer complètement l'objet de cette note que M. Unna lui-même, en ayant vu les coupes, a bien voulu se ranger à mon avis.

### Sur une syphilide polypiforme de la langue. Lymphangiectasie syphilitique.

Par le Dr Ch. AUDRY (de Toulouse).

Au mois d'avril dernier, se présenta à ma clinique un homme de 30 ans atteint de syphilis labio-bucco-linguale secondotertiaire. Sa femme était également frappée; ils avaient été infectés par leurs parents, qui eux-mêmes, tenaient la maladie d'un enfant.

L'homme, satisfait du traitement, nous amena sa femme, qui fait l'objet de cette note. Elle présentait alors des lésions étendues, un peu exubérantes, du voile du palais, des amygdales et de la langue dont les bords étaient bourgeonnants et fendus; ces lésions n'étaient rien autre chose que des syphilides buccales banales arrivées à un haut degré de développement. Peu ou pas de traitement antérieur.

Sous l'influence d'un traitement mixte énergique, nous vîmes disparaître tous les désordres. Au commencement de juin, la malade vint nous voir; elle était, je l'ai dit, guérie de toutes les syphilides de sa muqueuse linguale; mais, au point où la langue avait été le plus malade, au milieu du bord droit, elle présentait, implantée sur une muqueuse parfaitement saine, une tumeur grosse comme une noisette, rose, lisse, revêtue d'une muqueuse mince, irrégulièrement arrondie, très mobile, appendue à la langue par un mince pédicule jaunâtre. Cette excroissance ne rétrocedait pas et gênait la malade; nous l'en débarrassâmes en sectionnant le pédicule avec le galvano-cautère.

Déjà au point de vue clinique, cette petite tumeur était assez singulière. Voici ce que nous a appris sur sa structure l'examen histologique.

Il est impossible de reconnaître avec certitude l'existence de la muqueuse; elle est représentée par une bande de cellules aplaties, condensées. Cette bande même est morcelée, comme fenêtrée en certains points. A sa surface, quelques traces d'une couche desquamante trahissent seules la nature épithéliale. Le vitrée a complètement disparu; il n'y a pas de glandes apparentes. Au-dessous, on trouve une zone assez large formée par une couche de cellules embryonnaires, petites, rondes, dont le noyau seul est perceptible, comme noyées en une vaste nappe de substance fondamentale.

En d'autre points, sur un plan plus profond, les cellules rondes s'isolent, s'individualisent et apparaissent plus ou moins clairsemées sur une atmosphère amorphe, claire, finement réticulée.

Enfin la majeure partie de l'aire de la préparation est comme ponctuée, semée d'innombrables lacunes de formes irrégulières et de dimensions variables; les travées qui limitent ces lacunes sont formées par une substance encore amorphe, parfois réticulée, semées de cellules rondes.

Les lacunes mêmes sont bordées d'un endothélium gonflé; beaucoup sont vides, d'autres semées de cellules lymphatiques.

Çà et là, surtout au niveau du pédicule, quelques capillaires sanguins dilatés et gonflés de globules rouges.

Nulle trace de tissu élastique.

Au milieu des coupes, on trouve une perte de substance circulaire assez grande, sans bordure épithéliale, circonscrite par une rangée de cellules allongées et parallèles, et qui représentent peut-être la gaine d'une glande?

En résumé, masse de tissu embryonnaire, très jeune, semée de trajets lymphatiques extrêmement nombreux recouverts de débris d'une muqueuse profondément altérée.

### Sur une folliculite granuleuse de la peau.

Par le Dr CH. AUDRY (de Toulouse).

On rencontre fréquemment sur la peau des membres inférieurs des hommes de tout âge des grains bruns, petits, durs, enchâssés dans le derme, fixés à l'épiderme, non saillants, indolents, sans tendance atrophique ou exubérante et qui restent stationnaires pendant un grand nombre d'années sans jamais affecter des allures inflammatoires positives. Ces grains sont isolés, rares, souvent uniques sur un membre et ne doivent pas être confondus avec la folliculite dépilante des parties glabres de MM. Dubreuilh et Arnozan. Quelques-uns présentent en outre une imperceptible dépression sans squames ni poil apparent.

J'ai pu exciser un de ces grains, gros comme une forte tête d'épingle, siégeant depuis un temps indéterminé sur la face interne de la cuisse gauche d'un homme de 75 ans, un peu au-dessus du condyle fémoral interne.

Voici les résultats de l'examen histologique :

L'épiderme est normal, mais découpé par des papilles, hautes, larges et imbriquées plus qu'il est normal en cette région. Cet épiderme présentait deux invaginations représentant des gaines de poils; à l'une d'elles, la plus petite, était accolée une maigre glande sébacée; l'autre, plus caractérisée, n'offrait à son centre que des cellules ramollies semblables à des cellules de desquamation. Un autre follicule pileux était complet. Ajou-

tons que, dans les profondeurs du derme, on voyait un peloton de sudoripares à épithélium trouble, à contours mal définis.

Les papilles, dont nous avons déjà signalé l'anomalie de développement, présentaient quelques rares cellules embryonnaires; leur tissu élastique était normal et rien ne décelait de l'inflammation. En un ou deux points, le derme sous-papillaire offrait quelques groupes de cellules rondes du reste clairsemées; autour des follicules comme autour des sudoripares, on pouvait constater un infiltrat inflammatoire bien positif, mais évidemment modéré; quelques cellules rondes disséminées et semées suivent le trajet des lymphatiques.

Cependant l'ensemble du derme présentait une apparence anormale manifeste; il était sensiblement épaissi; les éléments non cellulaires étaient feutrés, sellés. En y regardant de près, on pouvait, grâce au carmin, constater l'existence de véritables nappes de fibres connectives comme fondues ensemble, sans cellules fixes. L'orcéine montrait que des travées de même apparence couraient irrégulièrement au milieu d'autres espaces où au contraire le tissu élastique présentait l'abondance, l'épaississement, le tortillement qui caractérisent habituellement la dégénération sénile de la peau.

En somme, il y avait eu, autrefois, un travail inflammatoire autour des follicules. Les traces cellulaires avaient à peu près disparu; mais les phénomènes dégénératifs que l'inflammation lente provoque dans la substance connective fondamentale n'avaient pu se séparer, et persistaient côte à côte avec la lésion sénile élastique; sans doute, l'état sénile de la peau frappe également la fibre conjonctive, mais la fragmentation en blocs, l'état trouble, etc., que l'on observe en pareil cas sont nettement distincts de ces fontes en nappe unie, comme compacte, et de densité uniforme.

#### **Actinomycose du menton et du maxillaire inférieur.**

Par M. E. LEGRAIN.

Les observations d'actinomycose humaine sont devenues assez fréquentes depuis quelques années pour qu'on ne signale plus que celles qui offrent quelque intérêt. L'observation que nous présentons aujourd'hui est dans ce cas, car elle représente une forme rare chez l'homme, mais rappelant au contraire certaine forme de l'actinomycose signalée aux mâchoires de bœuf atteintes de cette affection.

**OBSERVATION.** — La malade dont nous présentons la photographie à la Société, est une femme Kabyle d'environ vingt-cinq ans, mariée à un boucher indigène et habitant les environs de Bougie. Nous l'observons depuis le mois de novembre 1894.



L'affection aurait débuté vers la fin de l'année 1892, par une petite ulcération située dans le sillon gingivo-labial, au niveau des incisives inférieures.

Puis, l'affection progressant de dedans en dehors, la peau du menton s'ulcéra à son tour sur une surface grande comme une pièce de deux francs.

Quelques mois plus tard, de vagues douleurs apparurent dans tout le corps du maxillaire inférieur. A partir de ce moment, on perçut nettement un épaississement de l'os qui alla en augmentant pendant la fin de 1893 et le commencement de 1894.

Les dents s'ébranlèrent, mais sans tomber.

En juillet 1894, une fistulette se forma à deux centimètres environ au-dessous du collet de la canine inférieure gauche; un écoulement constant de pus se fit par cette fistule. Le seul traitement qui fut fait consista en pointes de feu appliquées par un médecin arabe.

En novembre 1894, nous voyons la malade pour la première fois. La région du menton est notablement augmentée de volume, et la peau est à ce niveau le siège d'une ulcération irrégulière dont les bords rougeâtres, sont légèrement indurés. Le maxillaire inférieur lui-même, dans sa portion médiane, est énormément épaissi; il forme dans cette région une masse atteignant le volume d'un œuf de poule.

En pressant à ce niveau le maxillaire qui semble boursoufflé, on voit que l'os est absolument ramolli, et qu'il n'existe plus qu'une coque se laissant facilement déprimer.

En appuyant avec le pouce sur le corps du maxillaire, au niveau de la deuxième grosse molaire droite, on s'aperçoit qu'il existe à ce niveau une réelle pseudarthrose déterminant une asymétrie légère de la face.

Une aiguille à ponction peut être enfoncée presque sans résistance dans toute la portion boursoufflée du maxillaire, jusqu'à une profondeur de trois centimètres environ.

En aspirant avec la seringue, on en retire le pus caractéristique de l'actinomycose.

Le diagnostic d'ailleurs avait pour ainsi dire été porté par le mari de la malade, qui exerçait la profession de boucher et prétendait que sa femme avait à la mâchoire la même maladie que certains des bœufs qu'il tuait.

Le traitement fut le suivant : 10 gouttes de teinture d'iode et 4 grammes d'iode de potassium par jour furent administrés pendant huit jours à la malade.

Après évacuation du pus par des ponctions répétées, on fit dans l'intérieur du maxillaire une injection de 10 centimètres cubes d'une solution contenant : iode 1 gr., iodure de potassium 2 gr., eau distillée 100 gr.

Dès le troisième jour, le liquide retiré par la ponction était séro-sanguinolent; depuis, le pus ne s'est plus reproduit.

En ce moment (fin juin) le volume du maxillaire a notablement diminué; l'ulcération du menton s'est cicatrisée et la cicatrice est devenue chéloïdienne. Toutefois, la substance osseuse du maxillaire inférieur, dans toute sa partie médiane, ne s'est nullement reformée; le maxillaire présente à ce niveau une cavité kystique pleine d'un liquide séreux, entourée d'une

mince couche périostique facile à traverser avec l'aiguille à ponction. Aucune crépitation n'est plus perçue au niveau de la branche droite du maxillaire inférieur où la fracture spontanée s'est consolidée.

Cette observation est intéressante à plusieurs égards.

Tout d'abord, la contagion semble manifeste. Elle se comprend d'ailleurs parfaitement, quand on connaît l'intérieur d'une boucherie indigène d'où toute propreté est exclue.

En outre, cette localisation secondaire de l'actinomycose au corps du maxillaire inférieur, avec transformation kystique, est loin d'être fréquente chez l'homme, bien qu'elle soit assez commune chez le bœuf.

Nous rappellerons en terminant, que nous avons signalé ici même, il y a deux ans, le premier cas d'actinomycose diagnostiqué en Algérie. L'observation avec photographie a d'ailleurs été reproduite dans le livre récent de MM. Guérmonprez et Bécue. Le cas que nous communiquons aujourd'hui est le troisième observé par nous en Kabylie ; cette affection est loin d'y être rare (1).

---

#### Élections.

MM. RUCK (de Luchon), SABRAZÈS (de Bordeaux) et LAFAY (de Paris) sont nommés membres titulaires.

MM. NEKAM (de Budapest) et SMIRNOFF (de Helsingfors) sont nommés membres correspondants.

La séance est levée.

*Le secrétaire,*

E. JEANSELME.

(1) D'ailleurs, la pathogénie de cette région est fertile en trouvailles, contrairement à ce qu'on pourrait croire en s'en tenant aux maigres résultats des missions officielles. Nous avons déjà signalé la Bilharziose et diverses variétés de pinta ou Carathès. Récemment encore, nous y avons rencontré du béribéri et du rhino-sclérome.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE (1)

*Séance du 10 mai 1895.*

#### **Psoriasis chez un enfant de 38 jours.**

M. RILLE présente deux malades du service de M. le Dr Neumann :

1° Un enfant âgé de 38 jours, atteint de psoriasis vulgaire. Le père a du psoriasis depuis l'âge de 20 ans. La maladie a débuté peu de jours après la naissance dans la région inguinale et à la face interne des jambes. Actuellement la plus grande partie de la surface cutanée est envahie par des efflorescences rouge foncé, confluentes, se desquamant en lamelles minces. Quand on enlève une squame, on voit sourdre de petites gouttelettes sanguines à la surface du chorion comme chez l'adulte.

Il existe en outre un eczéma généralisé qui masque la maladie proprement dite. Les efflorescences typiques du psoriasis se trouvent sur les bords ainsi que sur les sièges habituels de prédilection. Les frères et sœurs du petit malade n'ont pas de psoriasis. Cette observation de M. Rille serait un fait unique au point de vue de l'apparition précoce du psoriasis.

La maladie se développe en général vers l'époque de la puberté et les cas dans lesquels elle apparaît à l'âge de 4 à 8 ans sont des faits rares. Kaposi a observé cette affection chez un enfant de 8 mois, issu d'un père psoriasique; Neumann, chez un enfant de 4 mois, et H. v. Hebra a vu deux enfants âgés de moins d'un an atteints de psoriasis dont les parents étaient indemnes de cette dermatose. Selon Neumann, le psoriasis des enfants aurait souvent pour point de départ un eczéma du pavillon de l'oreille; Hensch a signalé son apparition à la suite du percement du lobule de l'oreille.

#### **Traitement de la syphilis par l'hémol iodomercurique.**

2° C'est l'une des préparations dites hématiques obtenues par Kobert; elle contient 13 p. 100 de mercure et 28 p. 100 d'iode. La base, l'hémol, est obtenue par agitation de sang neutralisé d'animaux à sang chaud avec de l'eau et du zinc pulvérulent; il se produit un précipité qu'on fait dissoudre dans du carbonate d'ammoniaque, qu'on met ensuite en suspension dans de l'eau distillée. Après élimination du zinc par le sulphydrate d'ammoniaque et addition d'acide chlorhydrique, on obtient un précipité pulvériforme, l'hémol. Comme l'hémogallol, préparation analogue obtenue par l'action du pyrogallol sur le sang, il a été recommandé pour le traitement de la chlorose et des états anémiques semblables.

Jusqu'à présent on a traité vingt-cinq malades atteints de différentes

(1) *Wien. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 369.

formes de syphilis avec cette nouvelle préparation. Les résultats ont été satisfaisants. Toutefois, en lisant la communication de l'auteur, ils ne paraissent pas supérieurs à ceux obtenus avec d'autres sels mercuriels. Cependant à côté de son action spécifique l'hémol iodomercurique aurait encore une influence tonique et contribuerait à relever les forces du malade, notamment dans la syphilis accompagnée d'une nutrition défectueuse ou compliquée de scrofuleuse. Naturellement cette préparation ne saurait remplacer la cure de frictions ou les injections.

Voici la formule de l'auteur :

Hémol iodomercurique.....	10 grammes
Poudre et extrait de réglisse.....	q. s.

pour 50 pilules.

Trois fois par jour deux pilules, après les repas.

M. Rille conseille d'ajouter à la préparation 8 décigrammes d'opium.

### Lupus.

M. LANG présente une malade atteinte d'un lupus assez étendu guéri par l'extirpation. Selon l'orateur, l'extirpation chirurgicale constitue le seul mode de traitement radical de cette affection. La malade, âgée de 26 ans, était atteinte de lupus depuis l'âge de 3 ans, et avait subi de très nombreux traitements malgré lesquels les deux côtés de la face, les bras et la jambe gauche furent envahis et il se produisit dans ces régions des plaques lupiques, de dimensions variables, en tout vingt-cinq. L'auteur a employé partout l'extirpation et recouvert les pertes de substance par la méthode de Thiersch ou réuni les bords des plaies par des points de suture. Chez cette malade les surfaces recouvertes récemment sont tout à fait lisses, celles opérées depuis deux ou trois ans présentent encore des bourrelets et des nodules durs et calleux; mais avec le temps ces callosités s'effacent, la peau devient lisse et souple. Du reste, lorsque la rétraction des tissus a atteint son maximum Lang intervient en excisant la cicatrice et en appliquant à sa place un lambeau sans pédicule.

A. Doyon.

Séance du 17 mai 1895 (1).

### Ichtyose.

M. KAPOSI présente un garçon de 13 ans, dont la face semble être recouverte d'un masque de plâtre, à grosses bosselures, blanc sale, sec, ne laissant voir que les yeux avec un liséré palpébral étroit, intact, les narines et une partie médiane de la lèvre supérieure et du bord des lèvres. La masse qui recouvre ainsi la face est très épaisse, traversée de nombreux sillons qui la divisent en compartiments bosselés en forme de losanges ou de carrés. Pas de défurfuration. Sur le cuir chevelu, dépôt analogue, sec, adhérent, mais sous forme de lamelles minces.

Sur tout le tronc, la peau est rouge pâle, uniformément recouverte de squamules de la dimension d'une lentille, à reflet argenté, se déta-

(1) *Wien. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 387.

chant à peine par le frottement. Au premier abord on pourrait penser aux dermatoses qui aboutissent à une dermatite diffuse généralisée avec dépôts squameux, secs, considérables : eczéma, psoriasis et lichen ruber acuminé généralisés. Mais il existe en de nombreux points des foyers avec proliférations verruqueuses de différentes nature et grosseur, surtout sur le côté du thorax, donnant au toucher la sensation des fils élastiques d'une brosse d'acier, disposées sur le menton en fines rangées, s'étalant en éventail à partir de la bouche, formant des dépôts dans les plis des coudes au genou, atteignant partout jusqu'à 3 ou 4 millimètres de hauteur et et recouvertes d'épiderme très sec, brun noir; entre ces foyers on voit de larges surfaces plus lisses dont l'épiderme sec et divisé en compartiments présente la même teinte sale. Nombreuses verrues filiformes sur le pénis. La peau n'est normale qu'en de très petits points, au pli des coudes, des jarrets et des aisselles. Callosités à la paume des mains et à la plante des pieds.

Il s'agit évidemment d'une ichtyose. Les lésions de la peau se sont développées du sixième au huitième mois après la naissance. On ne saurait regarder ce cas comme de l'ichtyose hystrix, malgré les nombreuses épines et lamelles cornées.

L'orateur a déjà dit ailleurs qu'il regarde l'ichtyose hystrix comme un *nævus papillaire généralisé* (papillomateux, verruqueux, pigmentaire, etc.).

Il en est autrement dans la véritable ichtyose serpentine et verruqueuse. S'appuyant sur l'examen histologique, il pense que dans l'ichtyose la cause de tous les symptômes est dans l'anomalie de végétation, qu'il y a une transformation kératineuse prématurée des cellules épineuses du réseau de Malpighi, d'où il résulte que ces masses kératinisées, encore reliées entre elles par leurs prolongements épineux, épaissies par de nouvelles poussées restent cohérentes, ne se détachent pas et prennent un aspect sale, parce que les cellules cornées acquièrent avec le temps une teinte plus foncée. Dans les autres formations verruqueuses (condylomes acuminés, verrues vulgaires), à un réseau de Malpighi très développé correspond une couche de cellules cornées proportionnelle ou relativement moindre par suite de desquamation.

Dans les papilles du réseau de Malpighi on trouve à peine trois ou quatre rangées du réseau recouvertes d'une stratification énorme de cellules cornées.

Le cas actuel présente toutes les formes et tous les degrés d'intensité de l'affection. Mais l'accumulation considérable de masses cornées sur la face constitue un fait unique jusqu'ici; ce cas rappelle celui que l'orateur a présenté ici autrefois sous le nom d'ichtyose hystrix ptérygoïde.

Enfin il croit que les proliférations filamenteuses de la région thoracique sont des cônes épidermiques prématurément kératinisés qui se sont développés sur les papilles des follicules pileux et sont sortis comme presque des poils épineux, par un phénomène analogue à l'hyperkératose sur les autres papilles.

A. Doyon.

*Séance du 24 mai 1895 (1).*

**Alopécie généralisée.**

M. WEINLECHNER présente un maçon, âgé de 50 ans, qui depuis 11 ans est atteint d'une alopécie généralisée; les sourcils, les cils, les poils du conduit auditif externe et ceux des orifices des fosses nasales manquent aussi complètement. C'est à peine si l'on aperçoit quelques poils follets sur la face et dans la région pubienne. La chute des cheveux et des poils s'est produite spontanément, sans troubles psychiques quelconques et sans aucuns signes d'une autre maladie du système pileux. Ce malade avait déjà eu à l'âge de 11 ans une alopécie, mais les cheveux repoussèrent. Le père de ce malade est atteint de calvitie sénile et sa mère à l'âge de 49 ans a perdu tous ses cheveux.

Weinlechner a observé chez deux enfants de l'hôpital Sainte-Anne une alopécie généralisée congénitale.

**Perforation du palais chez un nourrisson.**

M. v. GENSER montre un enfant de trois mois atteint de syphilis héréditaire très caractérisée avec perforation du palais. La mère, âgée de 31 ans, est mariée depuis trois ans; en 1893, fausse couche à deux ou trois mois. L'enfant dont il est question serait venu à terme; au moment de sa naissance il ne présentait aucune lésion. Pas de symptômes de syphilis chez la mère. Du père on ne sait rien; toutefois, d'après le dire de sa femme, il n'aurait jamais été malade depuis le mariage.

Depuis environ trois semaines il existe chez l'enfant un écoulement du nez et depuis environ quinze jours un exanthème sur la face; il y a une semaine le nez s'est aplati et le petit malade présente tous les symptômes les plus caractérisés de la syphilis héréditaire.

Les perforations du voile du palais à cet âge sont très rares. L'auteur n'a trouvé dans la science que deux faits semblables, l'un observé par Steffen et l'autre par Neumann.

**Carcinome du cuir chevelu.**

M. KAPOSI montre un homme de 53 ans, atteint d'un carcinome qui occupe principalement la moitié gauche du cuir chevelu. Les proliférations ont commencé il y a trois ans; actuellement il existe une ulcération, à bords durs, nettement limités, dont la partie centrale constituée par des masses carcinomateuses de structure médullaire est le siège de pulsations provoquant du cerveau.

L'opérateur a autrefois traité avec Hebra un cas analogue au moyen des cautérisations avec la pâte de Landolfi. Le malade fut guéri après un an et demi de ce traitement; il vécut encore deux ans et mourut ensuite de la dysenterie. Kaposi compte recourir à ce même mode de traitement.

A. DORON.

(1) *Wien, klin. Wochenschrift*, 1895, p. 405.



## SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ A BERLIN (1).

*Séance du 10 janvier 1895.***Étiologie de la sclérodermie générale chez l'adulte.**

M. SCHAPER. — Il s'agit d'un jeune homme vigoureux de 21 ans; soldat à 20 ans, sa première année de service s'est très bien passée. La deuxième année il fut pris au milieu de décembre 1887 d'un catarrhe bronchique pour lequel il resta quatre semaines à l'hôpital. Treize jours après sa sortie il fut obligé d'y rentrer pour une polyarthrite aiguë localisée d'abord dans l'articulation sterno-claviculaire gauche et les articulations des vertèbres cervicales; les articulations de l'épaule et du genou du côté droit furent ensuite atteintes.

L'amélioration fut rapide, au point qu'environ quinze jours après il devait quitter l'hôpital lorsque le malade se plaignit d'une sensation spéciale de tension dans le cou, qui rendait douloureux tout mouvement de la tête. La peau était rouge et tuméfiée sur les parties antérieure et latérales du cou; état général bon, pas de fièvre. Les jours suivants, tuméfaction de la peau de toute la région cervicale, elle présentait une coloration d'un rouge érysipélateux très nettement limitée. En l'espace de dix jours la consistance pâteuse de la peau fit place à une dureté de plus en plus grande, au point qu'on ne pouvait plus détacher la peau des fascias.

L'épaississement et l'induration des tissus s'étendirent rapidement: le thorax et l'abdomen étaient envahis jusqu'à une largeur de main au-dessous de l'ombilic, le dos jusqu'à la troisième vertèbre lombaire; la face et l'occiput, les deux bras, l'abdomen jusqu'aux plis inguinaux le furent également plus tard.

Le traitement, qui consista en l'emploi des cataplasmes les plus divers, de bains médicamenteux ou non, en l'usage interne de remèdes anti-rhumatismaux et fortifiants, n'eut aucune influence sur le développement de la dermatose. Plus tard des bains prolongés parurent avoir une action favorable, ils diminuèrent l'induration, de sorte que la peau put partout être soulevée en plis courts, épais. Toutefois il resta une très grande rigidité se traduisant par la gêne des mouvements et l'immobilité de la face.

Diminution considérable de la sécrétion sudorale; la sensibilité resta intacte; température et pouls normaux; pas de pigmentation de la peau. L'irritabilité faradique des muscles ne fut pas diminuée, on n'a pas examiné l'irritabilité galvanique. Les troubles prononcés de la motilité n'étaient dus qu'à la forte tension de la peau.

Depuis six ans, l'état du malade est à peu près le même. La peau, qui est parfois rouge, a toujours une consistance presque pâteuse: elle est tendue, surtout sur la nuque, le cou et les épaules. L'épaississement et la tuméfaction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané persistent.

Le malade a souvent encore des accès de rhumatisme articulaire, ce qui aggrave un peu le pronostic d'ailleurs relativement favorable et vient à

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 461.

l'appui de l'opinion des observateurs qui attachent une certaine importance à la disposition rhumatismale des sujets atteints de sclérodémie.

A. DOVON.

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN (1)

*Séance du 27 février 1895.*

La communication de M. Liebreich (2) : **Sur la guérison du lupus par la cantharidine et sur la tuberculose**, a donné lieu à une discussion très approfondie à laquelle ont pris part un grand nombre de membres de la société.

M. GRABOWER a eu l'occasion, à l'hôpital de Moabit, dans le service de M. P. Guttmann, d'employer la cantharidine chez dix malades atteints de tuberculose laryngée et pulmonaire. De l'observation attentive de ces faits il résulte que l'emploi de ce remède n'est pas sans danger pour les reins (trois de ces malades ont eu de l'albumine, chez l'un après la quatrième injection, chez un second le deuxième jour après la quatrième injection, avec une très grande dépression des forces, chez le troisième il survint une albuminurie passagère, également à la suite d'une quatrième injection). D'autre part, il n'a constaté chez tous ces malades aucune action sur les muqueuses atteintes de tuberculose.

M. MEYER a traité 28 cas de tuberculose laryngée à la polyclinique de l'Université. Sur ces 28 cas, chez 10 on cessa le traitement après une ou deux injections. Sur les 18 autres, 14 eurent de l'albuminurie qui, chez quelques-uns, disparut immédiatement après la cessation des injections, tandis que chez d'autres elle persista longtemps malgré la cessation du traitement, chez quelques-uns jusqu'à la fin. L'auteur a renoncé à l'emploi de la cantharidine dans la tuberculose du larynx.

M. BLASCHKO présente à l'occasion de la communication Liebreich, un malade de 60 ans atteint, depuis 36 ans, d'une tuberculose verruqueuse très étendue de la peau. En quelques points il s'est formé un véritable lupus. M. Liebreich considérera peut-être ce cas comme une preuve qu'une inoculation chez un homme qui ne souffre pas de tuberculose, peut exister pendant 36 ans sans qu'il se produise une infection générale. On sait qu'une infection générale avec la tuberculose chez l'homme, qu'il soit d'ailleurs prédisposé ou non à des maladies tuberculeuses, a très rarement son point de départ dans la peau, quoique les causes de ce phénomène nous soient encore inconnues. On ne peut pas non plus déduire de là une différence entre la tuberculose de la peau, provenant d'inoculation, d'avec les formes cliniques connues de la tuberculose de la peau, telles que Liebreich les a établies. Bien plus, cette différence existe d'autant moins que, quand on étudie très à fond l'anamnèse de la plupart des malades atteints du lupus ou d'autres formes de tuberculose de la peau, on trouve presque toujours que le point de départ de la maladie est une

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 235.

(2) Voir l'analyse de ce travail, p. 719.

inoculation, de sorte qu'on peut dire : toute tuberculose de la peau est une tuberculose inoculée, tout lupus est un lupus d'inoculation.

En ce qui concerne la cantharidine, l'orateur, s'en référant à Liebreich, d'après lequel l'emploi interne ou sous-cutané de cantharidine amène des réactions locales sur des foyers tuberculeux éloignés, croit que cette remarque est d'une importance fondamentale pour la pathologie, importance que Liebreich lui-même n'a pas suffisamment fait ressortir. On a fait dans ces dernières années une série d'observations analogues avec d'autres substances. Ainsi H. v. Hebra a injecté la thyosinamine et provoqué des réactions locales dans le lupus comme avec la tuberculine ou la cantharidine. Mosetig-Moorhof a injecté la teucrine avec le même succès. Spiegler à Vienne a expérimenté toute une série de substances : tiophène, benzol, sulfate d'urée, acétone, propylamine, taurine, etc., et a, dans tous les cas, observé une réaction locale des foyers tuberculeux dans la peau. Dixon et Zuill ont provoqué chez des vaches tuberculeuses une réaction locale avec la créatine, la créatinine, la cystine, etc.

Quel est le mode d'action de ces substances, particulièrement de la cantharidine, et comment se produit la guérison ? Un cas isolé de guérison du lupus ne saurait suffire pour donner de la valeur à une méthode de traitement. Il faudrait connaître le nombre des cas de lupus traités par la cantharidine ; dans combien de cas il y a eu guérison complète ou simplement amélioration ; s'il y a eu aggravation et finalement ce qu'il est advenu de tous les cas soumis à ce traitement après un certain nombre d'années ?

M. ISAAC se demande tout d'abord si M. Liebreich dans sa communication a démontré que la cantharidine est un remède spécifique du lupus. L'auteur à propos de la discussion qui a eu lieu il y a quatre ans, rappelle qu'à cette époque M. Saalfeld a présenté un petit garçon atteint d'un lupus étendu de la joue gauche chez lequel on prétendait démontrer que la cantharidine avait agi après quelques injections. L'orateur fit alors remarquer que dans ce cas on ne voyait rien qui n'eût pas l'aspect d'un lupus. Ce à quoi Liebreich répliqua que dans quelques semaines les progrès de la guérison montreraient à M. Isaac l'inexactitude de son opinion. Or des mois et des années se sont passés sans qu'on ait présenté de nouveau ce malade et l'orateur prie Liebreich de dire ce qu'il est advenu de ce lupus. En présence de ce fait, il faut se montrer sceptique en ce qui concerne le remède proposé par M. Liebreich, surtout si on le compare à la tuberculine. La cantharidine provoquerait comme la tuberculine une exsudation. Avec la tuberculine il survenait certainement une vive réaction et on avait l'espoir qu'après la chute des couches exsudées la guérison se produirait, mais les granulations lupiques persistaient, la peau, il est vrai, paraissait lisse, cependant au bout de quelques semaines une récurrence apparaissait.

L'orateur croit qu'il est difficile de faire disparaître, simplement par une méthode d'injection ou de gouttes de quelque nature qu'elles soient, une maladie comme le lupus dont le siège se trouve profondément dans le chorion, et transforme tout le tissu de la peau en une masse dure, parcheminée, maladie qui n'est que très difficilement accessible aux pommandes

les plus énergiques, cède à peine aux cautérisations les plus profondes, et présente aux chirurgiens, dans la plupart des cas, de grandes difficultés pour la combattre, sans parler de la légion de remèdes internes dont l'emploi est resté sans résultat.

M. Isaac ne saurait accepter l'assertion de Liebreich que le lupus peut guérir sans traitement externe, uniquement par les injections de cantharidine. Le cas présenté par Liebreich n'est nullement démonstratif. Abstraction faite de ce qu'il est déjà très rare de voir un lupus survenir à l'âge de 21 ans, il n'y avait, d'après le dire du malade, qu'un point de la dimension d'un haricot dont il ne reste même pas une cicatrice, mais on voit dans le voisinage de petits points rouges acnéiformes; il est donc possible qu'il y ait eu une erreur de diagnostic.

Mais même en admettant que le cas de Liebreich soit du lupus, il se peut qu'il y ait eu guérison spontanée. M. V. Bergmann a fait remarquer au congrès de chirurgie, que dans le cours naturel d'un lupus il peut survenir de semblables modifications. Mais une guérison ne se comprend, dans le lupus, qu'avec une cicatrice.

M. HAUSEMANN a déjà démontré dans une autre occasion que le sérum diphtéritique peut accidentellement provoquer une néphrite. Or quand en réalité après ce sérum il survient une fois de la néphrite, et qu'ensuite dans 100 ou même 1,000 cas il n'en est pas ainsi, ce cas a une importance tout à fait spéciale puisque le sérum doit être donné à des doses aussi élevées que possible. Mais l'importance est tout autre quand une fois l'albuminurie apparaît après le cantharidinate de soude, car il s'agit ici d'un remède qu'on peut très exactement doser et par conséquent aussi individualiser.

On sait depuis longtemps que les substances actives des cantharides occasionnent de la néphrite, et par conséquent, après la cantharidine ou après le cantharidinate de soude il peut survenir une inflammation des reins. Ces inflammations ont été très bien étudiées par Cornil et Brault et d'autres auteurs et leur nature histologique est parfaitement connue. Si après l'absorption du cantharidinate de soude, il se produit de l'albuminurie, cela ne veut pas dire encore qu'il y ait néphrite, mais seulement que la dose administrée au malade n'était pas proportionnée.

L'orateur rappelle ensuite l'autopsie d'une fille de 12 ans, atteinte de lupus et morte phthisique, à laquelle M. Liebreich a fait allusion.

Dans le cas cité par M. Grabower il est difficile d'admettre qu'un rein rétracté soit le résultat de quatre injections de cantharidinate de soude de 0,0001. C'est en opposition avec l'expérimentation. Chez ce malade, cet état du rein devait tenir d'autres causes. Les deux autres cas sont trop peu détaillés pour être analysés.

M. Isaac a dit que le lupus ne guérissait qu'avec une cicatrice; or l'enfant que j'ai nécropsié avait deux points lupiques, l'un sur la fesse et l'autre sur la joue. Sur le premier point il existe encore une légère pigmentation indiquant la place du lupus. Au microscope : infiltration notablement moindre que celle qui existe d'ordinaire dans le lupus, quelques cellules géantes. Au-dessus de l'infiltration, épiderme presque normal, ce qui est exceptionnel dans le lupus, car dans cette affection il y a tout au

moins un épiderme enflammé, épaissi, infiltré. A la face, où on ne voyait plus rien qu'une légère pigmentation, l'examen microscopique montra une peau tout à fait normale, sans trace de cicatrices; en présence de ce résultat l'orateur insiste sur ce que le lupus peut guérir sans cicatrice; naturellement il ne faut pas qu'auparavant il ait été cautérisé, brûlé, scarifié ou raclé.

M. A. FREUDENBERG a employé la cantharidine dans 53 cas de cystite sur lesquels 38 étaient en rapport direct ou indirect avec la blennorrhagie; dans 31 cas la guérison fut complète et rapide, dans les autres l'action fut modérée, dans 4 nulle. La cantharidine ne fut administrée que par voie interne. La durée moyenne de la guérison fut de une à deux semaines.

Voici la formule de l'orateur :

Cantharidine.....	1 milligr.
Alcool.....	1 gr.
Eau distillée.....	100 —

L'auteur a encore employé la cantharidine dans 12 autres cas, en tout 65 cas, et jamais il n'a observé une influence nocive sur les reins, jamais d'albuminurie.

M. SAALFELD, après avoir protesté contre les opinions de la plupart des orateurs précédents en ce qui concerne l'albuminurie, dit avoir obtenu les meilleurs résultats en combinant le mercure avec la cantharidine dans quelques cas de syphilis compliquée de tuberculose; il en fut de même dans une maladie extraordinaire de la peau dont il fut impossible de faire le diagnostic précis malgré l'examen microscopique, probablement d'une variété de pseudo-leucémie, traitée sans succès par l'arsenic pendant un an; l'arsenic associé à la méthode de Liebreich eut un succès éclatant. Quant à l'opinion de M. Isaac que le lupus ne peut guérir qu'avec des cicatrices, l'orateur croit inutile d'y revenir, puisque M. Hausemann a confirmé par l'examen microscopique que la cantharidine peut avoir une influence de ce genre.

M. ISAAC fait remarquer qu'il ne partage pas les opinions de MM. Hausemann et Saalfeld qu'un lupus peut guérir sans cicatrice. Il est pour lui inconcevable qu'il puisse y avoir à cet égard divergence d'opinion.

M. LIEBREICH a renoncé pour la cantharidine à la méthode sous-cutanée, il la prescrit aujourd'hui sous la forme suivante : il fait dissoudre à une douce chaleur dans un ballon d'un demi-litre 0,1 de cantharidine dans environ 250 centim. cubes de teinture d'écorces d'oranges. Il ajoute ensuite de l'alcool pour faire un demi-litre. On remplit de petits flacons pour l'usage journalier. La solution est versée dans un petit verre contenant 4 centim. cubes environ et dont on prend avec une seringue Pravaz 1 centim. cube, suivant le cas trois à dix divisions et on le verse dans un petit verre en étendant avec environ 5 centim. cubes d'eau. Cette solution est d'un goût agréable; on la fait prendre aux malades trois à quatre fois dans une semaine; après on prend un peu d'eau et un morceau de pain. L'orateur emploie la teinture de cantharidine préparée par extraction des mouches espagnoles; si la cantharidine ne donne pas toujours de bons résultats c'est qu'on emploie des teintures peu sûres et des préparations imparfaites.

En ce qui concerne l'albuminurie, on doit être très prudent dans ses appréciations. Avant de prescrire la cantharidine il faut examiner l'urine souvent et avec beaucoup de soin pour se rendre compte si c'est la cantharidine qui a produit l'albuminurie. Jusqu'à présent l'orateur n'a pas constaté de néphrite provoquée chez ses malades par la cantharidine, bien que le nombre des doses employées soit très considérable (4,798); en y ajoutant 194 doses administrées par Petterutti chez trois malades, on arrive à un total de près de 5,000 doses, sans que la cantharidine ait produit de la néphrite. Dans les 194 cas de Petterutti l'albuminurie n'est survenue que deux fois, elle fut de courte durée et ne s'accompagna ni de cylindres ni d'autres symptômes de néphrite aiguë.

Aux médecins qui reviennent toujours sur la néphrite l'orateur conseilera avec Petterutti de ne pas traiter avec la cantharidine les cas les plus graves, dans lesquels les reins sont déjà malades.

Quant à Frendenberg qui a recommandé ce remède contre la cystite, il se borne à lui rappeler que ce n'est pas là un fait nouveau, que le médecin qui le conseilla en 1706 fut poursuivi par les médecins anglais, même mis en prison, et plus tard cependant on lui fit complète justice. Mais ce qui est dangereux c'est la recommandation de Frendenberg d'abandonner le remède au malade.

Quant à la guérison spontanée du lupus, elle peut arriver, l'orateur en est convaincu. Mais toutes ces guérisons du lupus ont la caractéristique de présenter des cicatrices, par contre on observe avec le traitement cantharidinien la disparition des nodosités lupiques sans cicatrice. Dans le cas autopsié par Hausemann il n'existait aucune cicatrice. On voit donc dans la marche, il est vrai, très lente de la guérison une action médicamenteuse qui jusqu'à présent ne se produit qu'avec la cantharidine; il se forme du tissu normal. Mais on a prétendu que l'auteur avait soutenu qu'il pourrait sûrement guérir des lupus qui ont duré vingt et trente ans, qui avaient été brûlés, cautérisés, scarifiés; il doit dire qu'il n'a donné aucun prétexte à cette erreur. Ces cas graves sont simplement améliorés, mais d'une manière frappante. Il ne faut traiter avec la cantharidine que les cas très récents. Mais il faut pour cela un diagnostic fait en temps opportun; on ne peut l'établir qu'avec la méthode optique de l'auteur. Malheureusement les dermatologistes berlinois ont jusqu'à présent refusé énergiquement de s'en servir, à l'exception de Saalfeld. C'est grâce à l'emploi de la phanéroscopie que Liebreich a pu récemment reconnaître qu'un cas qu'on considérait comme du lupus érythémateux était du lupus vulgaire.

Il ne saurait admettre l'opinion de M. Blaschko que tout lupus est un lupus d'inoculation; d'autre part aussi, l'assertion que le lupus n'apparaît que chez de jeunes enfants ne concorde ni avec les recherches personnelles de l'auteur ni avec celles d'autres observateurs. Liebreich dit en terminant qu'il n'a jamais regardé la cantharidine comme un spécifique. La meilleure preuve de la justesse de son opinion, ce sont certaines autres maladies de la peau dans lesquelles l'action favorable de la cantharidine s'est manifestée, bien qu'il n'y eût pas de tuberculose. A. Doyon.



## SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

*Séance du 15 janvier 1895.**Président : M. LASSAR. — Secrétaire : M. SAALFELD.***Tuberculose verruqueuse.**

M. BLASCHKO présente deux malades qui servent à démontrer l'affinité de la tuberculose verruqueuse de la peau avec d'autres affections cutanées de nature tuberculeuse. Le premier cas concerne un jeune homme de 24 ans qui a eu depuis quelques mois un abcès au pied auquel s'est jointe une gomme scrofuleuse typique. Dans le second cas, le malade présentait une lésion du doigt de la main gauche, par suite de laquelle une amputation du doigt fut nécessaire. Comme une nécrose vint s'y joindre, il fallut faire une seconde opération, désarticulation métacarpo-phalangienne. Cette exérèse fut suivie d'une affection dont on voit encore les symptômes caractéristiques. Le malade est porteur d'une tuberculose verruqueuse d'une très grande étendue : elle a pris les doigts, le dos et la paume de la main, tandis qu'à l'avant-bras on aperçoit la forme typique du lupus. En faisant l'examen microscopique, on trouva un tissu tuberculeux typique, mais pas de bacilles.

En outre, le cas est remarquable par une altération singulière des ongles, qui montrent une difformité extraordinaire. La tuberculose verruqueuse occupe les parties dont l'épiderme montre une certaine épaisseur, tandis que le lupus se trouve sur des endroits où il n'y a que des couches bien minces d'épiderme.

**Molluscum contagiosum.**

M. C. BENDA. — La question du molluscum contagiosum a été discutée dans ces derniers temps avec une certaine animosité. Cela provient en partie de ce fait que la plupart des auteurs parlent des corpuscules du molluscum et pensent au carcinome, puisqu'on croit qu'il existe une certaine relation entre ces deux affections et que les recherches faites pour l'une d'elles gardent aussi leur valeur pour l'autre. M. Benda ne peut consentir à cette opinion, car il ne s'agit pas dans les corpuscules du molluscum d'une prolifération épithéliale. Virchow a émis, il y a déjà longtemps, l'idée qu'il s'agit dans ces tumeurs d'une formation prenant son origine des follicules pileux. M. Benda ne croit pas même qu'on puisse parler généralement d'une prolifération quelconque de cellules, non seulement de celles d'éléments épithéliaux, car quoiqu'on puisse concevoir cette idée du premier aspect, on trouve que ni la couche cylindrique, ni celles du voisinage ne montrent quelque anomalie. L'irritation peut bien produire une certaine augmentation, mais la prolifération cellulaire n'est sûrement pas d'importance primaire dans le développement du molluscum. Il en résulte que cette tumeur n'a rien à faire avec le carcinome.

La seule formation qui ait sous quelques rapports une certaine ressemblance est la variole des oiseaux. Dans les derniers temps, l'opinion gagne toujours plus de terrain qu'il s'agit dans le corpuscule du molluscum d'une

cellule épidermique ayant subi un changement extraordinaire qui consiste en une kératinisation insolite. Outre la partie en forme de capote qui entoure le corpuscule du molluscum et qui doit être considérée comme le vrai reste de la cellule épidermique, il reste dans l'intérieur un corpuscule réfringent, bien distinct et net, dans lequel il faut chercher la première cause de la formation du molluscum.

Il faut supposer qu'on voit à la surface le développement extrême et achevé, tandis que le début se trouve dans la profondeur. Avant que ces corpuscules homogènes se soient formés, on trouve un état dans lequel ils sont traversés par une série de septa : c'est cet état que Neisser envisage comme les spores de son parasite. Si l'on fait attention à un état antérieur, on s'aperçoit que les contours bien saillants du corpuscule disparaissent davantage et qu'il existe une certaine continuité avec le reste de la cellule. C'est cette période qui a été étudiée surtout par Kromayer, et M. Benda est en état de pouvoir affirmer les résultats de celui-ci. Mais si l'on dirige son examen encore à une phase antérieure, on trouve des formations très petites, mais bien nettes et réfringentes qui ont été décrites en premier lieu par Touton. Elles se voient dans les couches profondes de l'épiderme, à peu près dans la troisième ou quatrième couche cellulaire à partir du stratum cylindrique. Cette histogénèse est une réfutation directe de l'opinion de Neisser. Si ces corpuscules bien distincts étaient réellement des spores, ils devraient être éliminés de la cellule et le reste disparaîtrait, comme cela se voit chez d'autres parasites. Mais, au contraire, les septa s'éclipsent et une masse homogène se forme. Et encore si l'on compare les corpuscules du molluscum dans les couches cellulaires profondes avec le stadium que Neisser envisage comme celui des spores, on s'aperçoit que les cellules contiennent un plus grand nombre de spores plus petites, et qu'elles perdent leurs contours toujours plus en acceptant le caractère de vacuoles protoplasmiques. Celles-ci, au commencement très nombreuses et petites, repoussent le reste du protoplasme sur un petit système de rayons. Ainsi ce n'est pas le corps entier qui se dissout ; il reste plutôt au milieu une masse protoplasmique dont on voit se répandre des rayons minces ressemblant en quelques endroits à des spores. Le reste disparaît, parce que les vacuoles augmentent.

Si c'étaient réellement des spores, il faudrait que ces corpuscules entrent dans les cellules pour produire une nouvelle formation. Mais, au contraire, ils s'éliminent à la surface, sans qu'il en reste dans les couches profondes. Si l'opinion de Neisser était juste, il n'y aurait qu'une seule infection. Si le corpuscule a été éliminé, il faudrait alors que le molluscum disparaisse et il serait impossible qu'une autre infection au même endroit eût lieu. M. Benda a essayé de colorer les corpuscules de Touton par d'autres méthodes. Le meilleur résultat lui fut donné par la méthode à l'acide nitrique et une modification de sa méthode à l'hématoxyline et à l'oxyde de fer, mais surtout par une petite altération de la méthode de Gram. De cette manière, il réussit à obtenir une coloration bien distincte des corpuscules de Touton.

Ceux-ci sont en petit ou aussi en grand nombre. Quelquefois on a l'impression qu'ils se partagent ou que de petites particules en sont dissoutes.

Dans d'autres cellules on les voit avec de petites vacuoles à l'intérieur et du protoplasme.

M. Benda croit avoir pu poursuivre avec exactitude comment ces corpuscules passent dans la formation du molluscum. D'abord ils perdent leurs contours, des fils bien minces entrent dans le protoplasme et de cette manière on voit les corpuscules comme Touton les a décrits avec des contours peu distincts. M. Benda a trouvé que dans les cellules qui sont dans le voisinage de la couche cylindrique, ces corpuscules sont en grand nombre. En cherchant une explication pour ces corpuscules, M. Benda n'a pas trouvé une seule formation qui leur soit identique. Quelques particularités font penser à un noyau accessoire, mais ils ne sont pas soumis aux mêmes méthodes de coloration et d'endurcissement que celui-ci. Contre la supposition qu'il s'agit peut-être de cellules en migration, on peut seulement dire qu'ils sont beaucoup plus petits que les cellules en question ou leurs fragments puissent jamais être. En outre, on ne pourrait guère croire que des cellules en migration puissent entrer dans les corpuscules du molluscum, à moins qu'on n'en trouve quelques-unes entre les différentes couches cellulaires. Aussi n'est-ce guère possible qu'il s'agisse de noyaux en division, puisqu'on voit les fragments de ces corpuscules toujours quelques couches au delà du stratum où cette division se fait ordinairement. M. Benda fut encore plus enclin à croire qu'il s'agissait de granules du stratum granuleux, puisque ces formations ne se conservaient pas quand il se servait de sa méthode, mais il pouvait bien les voir quand il employait d'autres méthodes qui ne font pas paraître les corpuscules de Touton. On ne peut non plus penser à des produits colloïdes ou hyalins. De cette manière, M. Benda parvient par exclusion au résultat que les corpuscules de Touton sont peut-être des parasites. A quel groupe ils appartiennent, c'est une question bien difficile, puisque leurs formes inégales parlent contre la possibilité qu'il s'agit de schizomycètes. M. Benda n'est pas en état de décider cette question. Pour conclure, on voit dans les couches voisines du stratum cylindrique des corpuscules qui sont probablement des parasites et qui donnent lieu à une formation anormale de kératine dans les cellules. De cette manière se forment les corpuscules du molluscum qui ont servi de base à l'opinion émise par Neisser.

#### **Poliose rapide des poils.**

M. LEDERMANN présente un malade de 24 ans dont les cheveux ont blanchi dans l'espace de six semaines. D'abord ceux du cuir chevelu et de la barbe; maintenant on voit un changement semblable aux poils du thorax, de l'aisselle gauche et du pubis. Ni influences nerveuses, ni hérédité ne jouent un rôle. M. Ledermann n'a pas trouvé de cas dans la littérature où ce phénomène se soit exécuté avec la même rapidité.

#### **Chancres du menton.**

M. JOSEPH présente un malade atteint d'un chancre du menton causé par un rasoir.

**Syphilide tuberculo-serpigineuse.**

M. JOSEPH présente un malade qui a eu un chancre en 1882 et qui a été traité dans ce long intervalle seulement par quelques pilules.

Maintenant il présente une syphilide serpigineuse à gros tubercules qui s'étend sur le dos du nez jusqu'à sa racine.

On remarque les mêmes symptômes aussi sur la poitrine. M. Joseph profite de l'occasion pour lutter contre l'opinion qu'il faille toujours instituer un traitement précoce et longtemps continué de la syphilis. Il faut plutôt conclure qu'une série de cas guérissent d'eux-mêmes. Le malade est marié, sa femme a avorté une seule fois bientôt après le mariage; outre cet accident elle a toujours été libre de symptômes.

**Affection spécifique de l'articulation de la main.**

M. LEDERMANN présente une femme qui montre nombre de cicatrices sur le front, les joues et le nez et en outre une éruption récente d'un exanthème tuberculo-serpigineux. Puis il y a une affection de l'articulation de la main, qu'on pourrait prendre pour une carie. On voit des ulcérations profondes qui pénètrent de la peau jusqu'à l'os. L'articulation elle-même est ankylosique et ne peut être fléchie que du côté dorsal. M. Ledermann ne croit pas qu'il s'agisse d'une affection mixte de syphilis et de tuberculose.

**Verrues planes.**

M. SAALFELD présente un malade qui a eu il y a huit ans la même affection sur le dos de la main et qui fait voir maintenant sur le front un grand nombre de petites verrues planes disparues en partie par suite d'une médication arsenicale. A côté de celles-ci on remarque aussi des verrues acuminées qui ont augmenté dans les derniers temps malgré l'arsenic. Il faut bien distinguer entre ces deux formes différentes de verrues.

O. ROSENTHAL.

*Séance du 12 février 1895.*

*Président : M. J. LEWIN. — Secrétaire : M. O. ROSENTHAL.*

**Éléphantiasis.**

M. O. ROSENTHAL présente un cas d'éléphantiasis de l'anus existant à peu près depuis six mois. L'affection a pris le pourtour du rectum et le périnée jusqu'au scrotum. Il existe une infiltration assez prononcée de toutes ces parties et une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané qui a conduit à la formation de tumeurs mollasses et bosselées. L'examen du rectum fit trouver à peu près à 4 centim. en dedans de l'anus un rétrécissement considérable dont la cause ne put être reconnue exactement. Le malade a eu, par suite d'une gonorrhée, un bubon inguinal bilatéral, mais a toujours été libre de syphilis. En outre, il a souffert, il y a ix mois, d'une gastro-entérite qui a conduit à des difficultés progressives de la défécation. En outre, il existe maintenant une sorte d'incontinence en forme de masses liquides qui s'évacuent sans cesse. Thérapeutiquement, on a appliqué l'ichtyol et intérieurement l'arsenic et l'iode de potas-

sium. L'amélioration n'étant pas encore très grande on a en vue un traitement chirurgical pour le rétrécissement.

M. SAALFELD demande si l'extirpation bilatérale des glandes lymphatiques n'a pas été la cause de l'épaississement du derme.

M. G. LEWIN voudrait plutôt parler d'une infiltration chronique dans ce cas.

M. ROSENTHAL réplique que l'opération inguinale a été faite, il y a six ans, mais que l'affection en question existe seulement depuis six mois. En outre, il explique qu'il faut désigner l'affection comme éléphantiasis et pas autrement, parce que toutes les conditions exigées pour cette diagnose se trouvent chez le malade : hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané et œdème chronique, produite par des obstacles dans les réseaux sanguins et lymphatiques.

#### Affection spécifique de l'oreille.

M. SAALFELD présente un syphilitique dans la période secondaire souffrant d'une affection spécifique du méat auditif.

M. ROSENTHAL mentionne que les affections papuleuses de cet organe ne sont pas des raretés.

M. LEWIN est du même avis et trouve important de ne pas oublier l'examen de l'oreille chez tout syphilitique.

M. SAALFELD cite la statistique d'une clinique de New-York, dans laquelle on trouve entre 1,228 cas de syphilis vingt-quatre fois une affection du méat auditif externe et dix fois du méat interne. Il est convaincu que ces nombres ne correspondent pas aux observations berlinoises.

#### Zona du pharynx.

M. FRANTZEN présente un cas de zona du pharynx. Il s'agit d'un enfant de 8 ans qui, sourd-muet dès la première année, souffrit à la fin de l'année passée de douleurs névralgiques. Au moment on peut voir un exsudat grisâtre unilatéral du pharynx consécutif à la rupture de petites vésicules, et en outre la même affection sur le voile du palais et la lèvre supérieure.

M. LIEGHEIN rapporte l'histoire d'un malade de 75 ans qu'il traite depuis six mois d'une sclérose des artères coronaires. Au milieu de janvier il montra tout à coup un zona facial avec des groupes de vésicules typiques derrière le bord de l'oreille enflé, dans la bouche au côté droit de la langue et du palais dur jusqu'à la luvette. Des névralgies assez intenses accompagnèrent l'éruption. Huit jours plus tard le malade eut une parésie complète du nerf facial du même côté. M. Lieghein croit que sur la base de l'artériosclérose existante des changements se sont établis dans le cerveau qui ont donné cause au zona et à la parésie consécutive du nerf facial.

M. FISCHEL revient au développement du zona du pharynx qu'il a présenté dans une des séances antérieures. L'affection fut alors bilatérale, mais passa plus tard de nouveau seulement sur le côté gauche qui avait été pris au commencement, pour disparaître ensuite entièrement. Mais on aperçut alors sur le derme surtout sur le côté gauche du cou, de la jambe, du genou et de la cuisse, de grandes plaques érythémateuses qui se cou-

vrurent de bulles pemphigoides ; puis l'affection s'étendit aussi sur le côté droit, et finit par guérison.

M. MEISSNER croit que les cas de cette espèce peuvent servir à éclaircir les causes anatomiques de cette affection. Ils semblent prouver qu'il s'agit d'une affection périphérique et non centrale des nerfs.

M. G. LEWIN demande si l'enfant a pris quelque médicament.

M. FRANTZEN répond négativement.

M. G. LEWIN parcourt les opinions qu'on avait autrefois de l'étiologie du zona. Elles trouvaient la cause dans une affection du ganglion intervertébral et plus tard, du ganglion de Gasser. En outre, on a trouvé dans d'autres cas que l'épine dorsale ou le cerveau sont le siège de la maladie. Puis on a observé le zona par suite d'une altération du sang et après l'emploi de l'arsenic. Le cas de M. Lieghein peut aussi être expliqué par une névrite périphérique.

M. ROSENTHAL est d'avis que dans le cas de M. Fischel on ne peut plus parler de zona du pharynx, puisque ce ne serait guère possible qu'un zona se développât de la manière indiquée et fût accompagné de bulles pemphigoides. On pourrait plutôt croire à un cas d'érythème bulleux. En outre, il faut faire une différence entre ce qui dans la discussion a été confondu avec le zona du pharynx qui est presque toujours unilatéral et l'herpès qui ne l'est presque jamais.

M. G. LEWIN croit que l'érythème multiforme ne donne pas lieu à des érosions et des exsudations de cette sorte.

M. HOFFMANN a vu plusieurs cas de diabète compliqué de zona. Il faut donc toujours penser dans cette affection à l'examen de l'urine.

M. SAALFELD est d'avis que dans le diabète l'explication du zona n'est pas difficile, parce que cette affection est accompagnée souvent d'une névrite.

M. ROSENTHAL connaît ces exsudations fibrineuses dans l'érythème bulleux et se rapporte pour cet effet à son essai publié il y a peu de temps sur les affections bulleuses de la muqueuse de la bouche.

M. ISAAC regarde le zona comme une maladie infectieuse. L'acuité de son développement, la soudaineté de l'éruption et la fièvre servent à appuyer cette théorie.

M. FISCHEL voudrait soutenir sa diagnose de zona du pharynx attendu que l'affection n'a été au commencement qu'unilatérale et fit voir la formation typique des vésicules.

#### **Pityriasis rubra pilaire.**

M. G. LEWIN présente un cas de pityriasis rubra pilaire, le premier qui, à sa connaissance, ait été démontré à Berlin. Dans les congrès de Paris, Berlin, Leipzig et Breslau, on a discuté la question, si le pityriasis rubra pilaire est identique au lichen ruber acuminatus. Kaposi s'est décidé dans ce sens, mais il y a un nombre d'auteurs qui sont d'opinion contraire. Le malade en question souffre depuis le mois de juin, et montre la plus grande partie des symptômes visibles dans le pityriasis rubra pilaire : la kératose palmaire, le pityriasis du cuir chevelu, la même affection de la face qui semble être prise d'un eczéma squameux. Au tronc, on voit les



petites papules de la grandeur de la tête d'une épingle centrées par un poil atrophié et environné par une sorte de gaine cornée. Ces papules arrivent à une certaine confluence et forment de cette manière une sorte d'ichtyose. Plus tard, ces efflorescences se montrent aussi sur d'autres parties du corps et font l'impression d'une chair de poule. D'autres s'atrophient; le derme semble hypertrophié; les plis de la peau sont exagérés et on a l'impression du pityriasis rubra. La différence principale entre cette affection et le lichen ruber acuminatus consiste en ce que le malade se porte très bien, ne se plaint que de démangeaisons peu prononcées et de troubles esthétiques. En Allemagne, Galenski a décrit un seul cas; les autres ont été vus en France, en Angleterre et en Autriche.

M. HELLER a vu l'année passée dans la clinique de Lang un cas absolument analogue. Tandis que Kaposi se prononça pour le diagnostic de lichen ruber acuminatus, les autres dermatologues viennois étaient convaincus qu'il s'agissait d'un pityriasis rubra pilaire.

M. SAALFELD constate la grande ressemblance entre le cas présenté et le malade que Galenski a démontré il y a trois ou quatre ans au Congrès de Leipzig. Mais de l'autre côté il trouve qu'il existe une grande différence entre ce cas et le cas de lichen ruber acuminatus qu'il a vu du temps de son externat chez M. Kölner.

M. ROSENTHAL appuie également la diagnose et reconnaît la grande ressemblance avec le cas qu'il a vu l'année passée à Breslau.

M. JOSEPH regarde la question de l'identité des deux affections comme très intéressante. Dans les cas décrits par Hebra comme lichen ruber acuminatus, l'issue était toujours funeste si le traitement par l'arsenic n'avait été institué.

M. G. LEWIN remet à une occasion ultérieure la discussion de tous les points qui se rapportent à cette question. Quant à la thérapie, il est bien étonnant que tous les cas de pityriasis rubra pilaire décrits jusqu'à présent ont été guéris sans l'arsenic et que de l'autre côté dans le lichen ruber acuminatus l'arsenic est le remède souverain. Kaposi a trouvé deux cas qui ont été suivis de mort malgré le traitement par ce médicament. Quoique M. Lewin n'ait pas encore vu de lichen ruber acuminatus, il croit pourtant qu'il existe une différence entre cette affection et le pityriasis rubra pilaire, déjà sous les points de vue de la différence du développement et de l'influence de la thérapie.

#### Uvulite spécifique.

M. G. LEWIN présente une malade qui a été traitée, il y a vingt ans, pour des ulcérations diverses par des injections. Dès lors, elle se porta bien et eut même un garçon qui mourut à l'âge de 14 ans, de diphtérie. Maintenant elle montre une uvulite, c'est-à-dire une infiltration et une rougeur de la luette qui s'étend sur le palais mou. Des cas de ce genre ne se voient pas trop fréquemment, quoiqu'ils ne soient pas absolument rares. Mais à l'ordinaire ils parviennent à l'observation quand le procès est déjà fini, c'est-à-dire quand il y a déjà une destruction. Ils ont en outre une grande importance, puisqu'une uvulite ou une épiglottite peut amener des attaques d'étouffement.

**Famille entière souffrant de prurit cutané.**

M. LEWIN a observé à plusieurs reprises depuis une série d'années un nombre de cas dans lesquels tous les membres d'une famille furent pris de prurit cutané l'un après l'autre.

Parmi ceux-ci, M. Lewin en cite un pouvant servir de type, qui s'est développé au courant d'une année; les démangeaisons furent plus ou moins intenses, la thérapie n'eut pas de résultat. Il s'agissait d'une femme qui consulta M. Lewin il y a quelques mois et qui racontait qu'il y a un an que sa fille âgée de 15 ans fut prise de prurit, que six semaines plus tard son fils de 9 ans, il y a six mois, son mari et elle-même il y a trois mois furent saisis des mêmes troubles. Chez le fils, des ulcérations se formèrent par suite des excoriations, chez le mari et la fille l'affection fut moins intense, mais elle-même avait le plus à souffrir, de sorte que des ulcérations sont encore visibles. A cela vinrent se joindre des adénites lymphatiques dont plusieurs abcédèrent. La gale, la pédiculose et l'urticaire étaient absolument exclues. On peut voir de petites papules de la grandeur d'un grain de pavot contenant un peu de sérum; en outre, de petites croûtes hémorragiques, entre lesquelles on aperçut çà et là une vésicule ou une pustule, mais partout les traces des égratignures. L'affection ressemblait encore le plus au prurigo, mais il n'y a pas de famille où tous les membres soient pris de cette maladie. Quant à la thérapie, elle fut sans succès presque dans tous les cas puisque les malades ne reviennent plus après six, huit semaines. Le plus grand avantage fut encore vu par l'acide carbolique, mais il faut pourtant que la guérison ait été spontanée. M. Lewin n'est pas en état de faire une diagnose.

M. HOFMANN est d'avis que ces cas pourraient être de nature purement nerveuse. Il a vu aujourd'hui une dame qui se plaignait de prurit nerveux, sans qu'on pût remarquer quelque chose sur la peau. Les papules et les pustules ne se forment que secondairement par suite des égratignures.

M. ROSENTHAL approuve qu'il y a certainement des cas de prurit nerveux dont les symptômes visibles ne se forment que plus tard.

En France, Brocq a prononcé l'idée que le lichen (la lichénification) est toujours de nature artificielle. Mais dans les cas de M. Lewin, la chose principale lui semble être que l'affection est quasi-infectieuse, sans qu'on ait été en état d'en trouver la cause.

M. GRUMERWAHR demande s'il ne pourrait s'agir de saucissons ou de viande fumée que la famille aurait peut-être mangée.

M. LEWIN a bien pensé que des aliments en pourraient être la cause.

M. HELLER mentionne qu'il y a des maladies psychiques de nature contagieuse. Ainsi, on a observé dans des couvents des cas d'épilepsie. De cette manière on pourrait s'imaginer qu'il s'agit d'un cas de prurigo et que les démangeaisons continuelles d'un membre d'une famille aient influencé d'une manière psychique les autres membres. Si c'est le cas, on n'a pas besoin de recourir à un agent vivant.

M. LEWIN s'est servi aussi avec bon résultat, dans quelques cas de prurit nerveux, de l'électricité.

P. ROSENTHAL.

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE  
DE SAINT-PÉTERSBOURG*Séance du 25 février.***Roséole tardive.**

M. TSCHISTIAKOFF présente un étudiant, âgé de 25 ans, ayant eu un chancre en 1889, et chez lesquels est montrée, en 1894, une éruption généralisée surtout abondante aux membres et persistant encore. Ce sont des macules rosées ou brunâtres, confluentes ou annulaires, arrondies ou ovales (jusqu'à 5 centim.), non prurigineuses, ni desquamatives; il n'y a pas d'infiltration à leur niveau. Il s'agit donc d'une roséole tardive. M. Tschistiakoff montre en même temps le moulage d'un autre malade chez lequel la roséole s'est montrée également assez tard (quatre ans après le chancre).

R. SCHTURMER remarque à ce propos que le professeur Gué considère la roséole tardive comme une syphilide nodulaire tardive et donne comme caractéristique de cette roséole la dépression persistante qu'elle laisse, caractère que les autres auteurs n'ont jamais observé. Le professeur Fournier a décrit, en 1890, une syphilide tubéreuse superficielle qui peut certainement provoquer l'atrophie de la peau. Neumann a décrit des formes rappelant la teigne tondante. La forme neuro-syphilitique de Unna n'est pas modifiée par le traitement et le professeur Fournier la décrit comme une manifestation para-syphilitique. La question de la roséole n'est donc pas si simple qu'elle le paraît au premier abord et il est à supposer que sous le nom de « roséole tardive » les auteurs décrivent des formes très variées, n'ayant peut-être cliniquement rien de commun entre elles. Il est difficile de dire ce qu'il faut entendre sous le nom de « roséole tardive » et en tout cas on ne peut pas affirmer que cette roséole est bien une manifestation de la période secondaire.

Pour M. OUSSAS, ces roséoles sont probablement des formes de passage entre les manifestations d'une période et celles d'une autre.

M. TSCHISTIAKOFF ajoute que les roséoles tardives ne sont jamais accompagnées de manifestations de la période tertiaire.

A. STEGANOFF fait une communication sur **la syphilis chez les ostiaks du gouvernement de Tomsk**; et le Dr TSCHAPINE sur **la fréquence de la syphilis dans quelques villages du district de Kainki** (gouvernement de Tomsk).

S. BROÏDO.

*Séance du 25 mars.***Kératose linéaire.**

Le malade de M. G. Koudrevetski, boulanger, présente le long de presque tous les doigts des deux mains des squames en voie de kératinisation, des épaisissements disséminés de la peau, par places même de véritables cornes, douloureuses à la pression et qui laissent après la chute de leur partie centrale des cratères de 45 millimètres de largeur; il

y a également des plaques kératosiques disséminées. Toutes ces productions sont disposées symétriquement. Les extrémités de quelques doigts et des ongles sont aussi presque complètement kératosées. Il y a sécrétion exagérée des glandes sudoripares des mains.

Même hyperkératose aux pieds, surtout au gauche; cors disséminés sur la face dorsale du pied. Le malade ne se souvient pas de la date d'apparition de ces kératoses, mais il a été réformé à cause d'elles (il est âgé aujourd'hui de 30 ans). Dans un bain le malade arrivait à pouvoir couper les cornes, mais elles repoussaient aussitôt. Il y a six mois le malade a coupé toutes les néoformations et a changé de profession; néanmoins les cornes ont repoussé de nouveau; elles ne sont donc pas professionnelles. Le rapporteur croit qu'il s'agit chez son malade de véritables cornes cutanées.

M. T. PAVLOFF se demande s'il ne s'agit pas ici de poro-kératose, étant donnée l'accentuation de la sécrétion sudorale.

#### **Lupus ou syphilides tuberculeuses.**

M. M. OUSSAS présente une malade de 30 ans, niant la syphilis, atteinte d'une affection confluyente de la peau des deux membres inférieurs, à partir de la moitié inférieure des fesses: la peau présente l'aspect d'une cicatrice, et est végétante par places, recouverte ailleurs de croûtes, avec infiltrations des bords. M. le professeur Tarnowsky et plusieurs autres confrères ont fait le diagnostic de lupus vulgaire. Mais la guérison rapide des lésions traumatiques que recouvraient les croûtes tombées grâce au pansement, les végétations en brosse, développées sous ces croûtes, et la non apparition de nouveaux nodules permet de penser à la syphilide tuberculeuse.

#### **Contribution à l'étude de la cause de la mort des nouveau-nés syphilitiques héréditaires.**

M. T. PAVLOFF a fait l'examen histologique de la peau et des viscères de cinq cadavres d'enfants, ayant eu la syphilis héréditaire indubitable, et chez lesquels les organes ne présentaient à l'autopsie rien d'anormal à l'œil nu (sauf chez l'un d'eux). Ces enfants présentaient à leur naissance les manifestations syphilitiques suivantes:

- 1) Enfant de 7 semaines: pemphigus syphilitique palmaire et plantaire, syphilides papuleuses et ethymateuses de la face et du tronc;
- 2) Enfant de 10 jours: pemphigus palmaire et plantaire;
- 3) De 5 semaines: papules généralisées à tout le corps; cirrhose du foie;
- 4) De 2 jours, c'est un des jumeaux venus au monde au huitième mois de vie intra-utérine;
- 5) Mort-né à huit mois, macéré; deux mois avant la naissance la mère de ces enfants a été traitée pour des manifestations secondaires.

L'étude des lésions trouvées par l'auteur à l'examen histologique des viscères de ces enfants l'amène à la conclusion que l'expression «insuffisance congénitale de vitalité» est due à des lésions très nettes et très nombreuses de tout l'organisme de l'enfant. Malgré l'absence de signes

physiques ou de troubles fonctionnels et de lésions macroscopiques à l'autopsie, l'auteur a, en effet, trouvé dans toutes les parties du corps qu'il a examinées, des lésions amplement suffisantes à expliquer la non viabilité de ces enfants. Ces lésions étaient identiques chez les cinq enfants et toutes avaient déjà été décrites, sauf peut-être les altérations de la peau dans des régions qui semblaient pendant la vie être intactes, mais où les lésions n'ont pas encore eu probablement le temps de se manifester à l'extérieur. Dans les cas récents on ne trouvait que des lésions vasculaires depuis l'endartérite simple, jusqu'à l'endartérite oblitérante. La tunique externe des vaisseaux d'un certain calibre était le siège d'une infiltration cellulaire ou d'un épaissement par néoformation du tissu conjonctif.

Dans un stade plus avancé on a observé des lésions interstitielles (exclusivement) des tissus pré et périvasculaires et ayant probablement pour point de départ la lésion vasculaire. Cette dernière hypothèse est corroborée par la disposition en foyers des lésions des tissus. L'étendue de ces lésions laisse à croire qu'elles ont commencé tout à fait au début de la vie intra-utérine.

Les résultats des recherches de l'auteur sont à peu près d'accord avec ceux obtenus par Mracek sur la syphilis hémorrhagique des nouveau-nés, avec cette différence que celui-ci a observé des hémorrhagies suffisantes à elles seules à expliquer la mort, tandis que M. Pavloff n'a observé que des hémorrhagies microscopiques. Ce fait permet de penser que les principales lésions des enfants non viables sont les lésions vasculaires. La constance de ces lésions prouve qu'on a tort de se borner à traiter chez ces enfants les manifestations locales et qu'il faut à ce traitement local ajouter un traitement général systématique qui seul peut donner l'espoir d'une guérison.

#### **Papules muqueuses de la langue.**

M. S. JAKOVLEFF présente un malade ayant eu en 1879 un chancre infectant et chez lequel se sont montrées à la langue, il y a quatre ans, des fissures. Celles-ci persistent, après maintes améliorations et aggravations, encore jusqu'aujourd'hui. La lésion s'aggravait surtout après les abus de bière et de tabac. L'iodure de potassium que le malade prend depuis deux mois, n'a amené aucune amélioration.

A la face supérieure de la langue, de chaque côté de la ligne médiane, on trouve des infiltrations grisâtres non ulcérées; une autre infiltration, plus prononcée, siège à la pointe de la langue, vers le côté droit; on aperçoit des infiltrations linéaires sur la muqueuse des joues, entre les dents et sur la gencive inférieure édentée; petites papules disséminées au voile du palais. Pas d'ulcérations, ni de cicatrices; rien sur le tronc ni sur les membres. Le rapporteur croit qu'il s'agit de papules muqueuses et a institué le traitement spécifique.

Le professeur V. TARNOVSKI attire l'attention sur la rareté extrême de cette lésion qui semble être, d'après lui, une tuberculose linguale.

### La lutte contre la syphilis rurale.

Après avoir donné la statistique de la syphilis dans les villages du district de Porkoff (gouvernement de Pskoff) et les résultats qu'il y a obtenus dans la lutte contre ce fléau, M. N. FRINOVSKI ajoute que pour obtenir les meilleurs résultats il suffit simplement de faire comprendre aux malades tout le danger qu'ils courent et les mesures qu'ils doivent prendre pour guérir et éviter aux autres la contagion.

S. BROÏDO.

### SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE DE MOSCOU

#### Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé.

Avant de commencer ce traitement, M. G. KUSEL a fait, sur la proposition du professeur Pospeloff, une série d'expériences sur des animaux afin de s'assurer de l'effet de ces injections sur l'état général et de savoir si le sublimé amène des altérations quelconques dans le point où il a été injecté.

Après avoir mis à nu une veine superficielle du cou de l'animal (lapin de 1,250 gr.) l'auteur y injectait 1 milligr. de sublimé (une seringue); les injections étaient répétées pendant un mois, tous les deux jours; chez l'autre lapin (1,450 gr.) on augmentait graduellement les doses jusqu'à 8 milligr. Aucune influence sur l'état général n'a été constatée; les expériences terminées et les animaux tués, on ne trouva absolument aucune lésion chez le premier lapin; chez le deuxième on trouva deux ou trois veinules oblitérées. L'auteur attribue ce fait soit à l'introduction maladroite de l'aiguille, soit à la périphlébite qui se développait parfois si la plaie cutanée ne se réunissait pas par première intention. Les expériences sur des chiens ont donné des résultats analogues. On a trouvé également deux ou trois veines des pattes oblitérées, mais qui seraient également dues à l'abcès développé à ce niveau (l'animal arrachait parfois le pansement et la réunion ne se faisait pas), mais nullement à la concentration du liquide, car on n'a jamais trouvé de thrombi dans les veines du cou où l'on a injecté des solutions beaucoup plus fortes.

M. Kusel a alors fait une série d'injections à plusieurs syphilitiques du service de M. le professeur Pospeloff, en ayant soin de les faire avec une asepsie et antiseptie parfaites et en employant une aiguille fine et courte, comme le conseille Blaschko, ou bien, sur le conseil de M. Pospeloff, une aiguille à pointe recourbée à angle obtus, de façon que cette pointe puisse se loger dans l'axe du vaisseau. Si l'injection est faite dans la veine, elle n'est jamais douloureuse; par contre, la douleur est assez forte si c'est dans le tissu cellulaire qu'on injecte le liquide; dans ce dernier cas, si l'on ne retire pas immédiatement l'aiguille il se fait une nodosité douloureuse qui se résorbe très lentement.

Quant aux résultats, ils ont toujours été favorables, sauf dans un cas et les manifestations locales disparaissaient toujours sous l'influence des injections quoique le plus souvent (et toujours pour commencer) l'auteur employait des solutions très faibles.

S. BROÏDO.



## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MOSCOU

*Séance du 18 janvier.***Syphilis du pouton.**

Il s'agit, dans le cas observé par M. TANDOFF, d'un malade de 28 ans, de souche tuberculeuse, venu consulter pour la toux, la faiblesse générale et la fièvre. Il a eu la blennorrhagie en 1886 et, en 1890, un chancre induré suivi, malgré un traitement énergique, de manifestations secondaires multiples. L'état général a surtout empiré depuis 1893, époque à laquelle le malade a eu l'influenza. Lorsqu'il est venu consulter M. Tandoff, il était très amaigri et affaibli, avait des sueurs abondantes, de l'anorexie, de la toux avec expectoration muco-purulente, sans bacilles, de l'affaiblissement de la respiration et des râles sous-crépitaux dans la fosse sus-épineuse; pouls à 104 et fièvre irrégulière, non modifiée par la quinine. Bientôt se développa une périostite du tibia gauche. Ayant alors pensé à la probabilité d'une syphilis pulmonaire, on institua le traitement ioduré qui amena rapidement la guérison. L'auteur conclut, en se basant sur cette observation et sur celles des autres auteurs, qu'il faut en cas d'affection pulmonaire supposer qu'elle est de nature syphilitique s'il n'y a pas de bacilles dans les crachats, si l'affection dure longtemps, si la toux et la fièvre sont sans rapport avec l'étendue de la lésion pulmonaire, si la dyspnée est intense, la lésion pulmonaire unilatérale. Le succès du traitement antisypilitique est surtout important.

S. BRODO.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE SCIENTIFIQUE ET D'HYGIÈNE DE LA  
FACULTÉ DE KHARKOFF*Séance du 10 mars.***Un cas de maladie de Morvan.**

La malade présentée par le professeur ANFIMOFF est une jeune fille de 14 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels; elle a reçu il y a trois ans un coup violent dans le dos; c'est depuis ce moment que s'est développée lentement et graduellement l'affection actuelle, qui consiste en troubles nerveux, une anesthésie complète du bras gauche, de la moitié correspondante du cou, de la face et du thorax jusqu'au troisième espace intercostal; sensibilité diminuée au poignet droit; atrophie de tous les muscles (thénar, hypothénar et interosseux) des deux mains; troubles trophiques, desquamation de la peau, cors aux doigts, éruption d'ecthyma. Rétraction légère de l'œil gauche et myosis du même côté. Parésie du muscle crico-thyroïdien gauche. Scoliose droite. Il s'agit, pour l'auteur, dans ce cas, d'une syringomyélie à type de maladie de Morvan; la lésion médullaire siège ici entre le cinquième nerf cervical et le deuxième thoracique; sont surtout lésées les cellules ganglionnaires de la substance grise centrale et en partie aussi la corne latérale. L'examen bactériolo-

logique des fragments de peau pris dans diverses régions, n'y a pas démontré la présence du bacille de Hansen.

L'auteur n'est pas d'accord avec Zambaco et pense que la maladie de Morvan appartient exclusivement au domaine de la neuropathologie.

S. BROÏDO.

## SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES DE SAINT-PÉTERSBOURG

*Séance du 23 février.*

### Un cas de rhinosclérome.

Le professeur SIMONOVSKI présente un malade de 32 ans atteint de cette affection. Il y a douze ans, ce malade s'est plaint pour la première fois d'une gêne de la respiration et d'une odeur douceâtre du nez très désagréable pour l'entourage. Aujourd'hui le nez est épaissi, l'extrémité est aussi un peu épaissie, aplatie ; les ailes du nez ont une consistance cartilagineuse, les narines rétrécies, annulaires, ne se dilatant plus. Dans les fosses nasales il y a des fentes et des croûtes, le cornet inférieur est atrophié et pâle. La luette est tout à fait relevée en haut ; les piliers du voile du palais sont infiltrés.

En appelant à ce sujet l'histoire de cette affection, l'auteur remarque que sur les 80 cas observés jusqu'ici, 32 ont été constatés en Autriche et 20 en Russie ; lui-même en a observé 5 cas. La plupart des malades sont des Israélites.

Le professeur STOUKOVENKOFF a obtenu d'assez bons résultats, c'est-à-dire est arrivé à enrayer la marche de l'affection par l'injection de deux à quatre seringues d'une solution de la liqueur de Fowler à 1, 4, 8, 12 p. 100.

Le professeur POLOTEBNOFF se demande si cette affection est véritablement une maladie autonome ? Ou bien n'est-elle, peut-être, qu'une variété du groupe des affections telles que par exemple la sclérodermie ou le sclérome des nouveau-nés. Il est très probable que toutes ces affections sont de même nature, mais évoluant différemment suivant le tissu où elles se développent.

S. BROÏDO.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE RUSSE DE LA FACULTÉ DE VARSOVIE

*Séance du 25 février.*

### Anatomie pathologique de l'ergotisme chronique.

A. GRIGORIEFF a étudié cette question au laboratoire du professeur Ziegler à Fribourg. Il produisait l'intoxication de jeunes chiens et de coqs, d'une part avec de l'ergot de seigle ancien, d'autre part avec de l'ergot récemment recueilli. Chaque animal prenait chaque fois de 2 gr. 50 à 5 gr. d'ergot ; les expériences duraient de trois à six semaines. Voici les lésions

trouvées par l'auteur (l'ergot de seigle frais en produisait des plus graves que l'ancien) :

*Inflammation* diffuse au premier degré dans les cordons *postérieurs de la moelle*, surtout dans les cordons de Burdach, avec *dégénérescence* de quelques fibres nerveuses et *dégénérescence granulo-graisseuse* de l'endothélium capillaire.

*Foie*. — *Dégénérescence granuleuse* du parenchyme accompagnée souvent de formation de cavités dans le protoplasma cellulaire et de chromatolyse du noyau ; lésions d'atrophie ou de *dégénérescence* dans les vaisseaux de la glande.

*Rein*. — *Déhiscence* de l'épithélium dégénéré et oblitération des tubuli par des masses albuminoïdes. L'endothélium des capillaires présente une infiltration trouble, une *dégénérescence granuleuse* et la disparition du noyau ; souvent aussi, *dégénérescence grasseuse* et *déhiscence* de cet endothélium dégénéré ; de là, accumulation de graisse libre dans le sang et même embolies grasses. Rarement l'endothélium capillaire était le siège de phénomènes de *régénérescence*.

*Tube digestif*. — Inflammation catarrhale intense de la muqueuse.

*Sang*. — Les leucocytes sont deux fois plus abondants qu'à l'état normal ; le nombre d'hématies ne représente que le cinquième du nombre normal ; souvent on a observé des hématies en voie de destruction et des leucocytes en voie de *dégénérescence grasseuse* ; en outre, les leucocytes et l'endothélium des capillaires hépatiques contenaient des grains d'hémossidérine.

Chez les coqs les vaisseaux des parties terminales des crêtes étaient oblitérés par des hématies et des caillots ; en outre, ces parties étaient oedématisées et plus tard gangrenées.

On peut dire, en résumé, que l'ergot de seigle provoque surtout des lésions de la moelle et ensuite des vaisseaux. La localisation de la lésion, d'une part, aux cordons postérieurs avec *dégénérescence* des fibres nerveuses isolées, d'autre part aux racines postérieures et aux gros troncs nerveux périphériques, suggère à l'auteur l'hypothèse que la lésion est localisée tout d'abord à l'appareil sensitif périphérique et provoque ensuite une polynevrite toxique aiguë ascendante.

Étant donné que les lésions médullaires de l'ergotisme ressemblent beaucoup à celles qu'on trouve chez les tabétiques, M. Grigorieff se demande si l'ataxie locomotrice n'est pas provoquée par une intoxication chronique par un poison organique.

S. BROÏDO.

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

### REVUE DE DERMATOLOGIE

**Atrophie idiopathique de la peau.** — GEORGE P. ELLIOT. A case of idiopathic atrophy of the skin. (*Journal of cutaneous and vener. diseases*, avril 1895, n° 4, p. 152.)

Un récent article de Bronson sur les cas extrêmement rares de cette affection, a inspiré celui-ci, où l'auteur, à propos d'un nouvel exemple de cette maladie singulière qu'il a pu suivre et étudier, donne un symptôme nouveau faisant partie intégrale de l'affection.

Il s'agit d'un Allemand de 45 ans, venant consulter pour une ulcération de la malléole, succédant à un violent traumatisme. Or, sans que le malade y eût porté attention, la peau de tout le membre présentait rigoureusement les caractères de la maladie de Bronson. Peau excessivement mince, ridée, molle, tremblotante, d'une couleur rouge, sans trace de poil, ni de desquamation, recouvrant des veines énormes, proéminentes et tortueuses.

Pas de symptômes fonctionnels, ni hypéresthésie, ni anesthésie de la surface. La région atrophiée était délimitée nettement, et entre la peau saine et la peau atrophiée existait un liséré étroit et violâtre. Cette zone de bordure ne présentait pas trace d'œdème.

Elle était plus marquée sur une lésion débutant en ce moment même à la malléole de l'autre côté. C'est cette lésion que l'auteur a pu suivre dans son développement. Le liséré violet précède l'atrophie de la peau, et quand celle-ci est survenue, autour de la peau atrophiée le liséré persiste à s'étendre.

C'est là le symptôme que Bronson n'a pas décrit et qui paraît être objectivement le premier en date, l'atrophie de la peau lui étant consécutive. Malheureusement la biopsie fut refusée par le malade, et ce cas ne donne pas de renseignements sur l'histologie comparative des deux stades de la lésion.

R. SABOURAUD.

**Atrophie cutanée.** — ED. BENNET BRONSON. A case of symmetrical cutaneous atrophy of the extremities. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1895, p. 1.)

Malade de 45 ans, d'origine allemande, d'aspect général bien développé et bien portant, sans aucun antécédent morbide notable, qui vit commencer la maladie actuelle il y a quatorze ans par la région de la cheville gauche. La peau y parut plus mince et plus sensible ; il s'y forma des dilatations veineuses ; la peau y desquama quelque peu et de temps en temps des plaies s'ouvrirent au niveau des saillies osseuses et ne se fer-

mèrent qu'avec beaucoup de difficulté. Peu à peu des modifications analogues apparurent sur les jambes en remontant. D'ailleurs cette affection semble avoir été tout à fait spontanée dans son développement : il y a environ cinq ans les mains et les bras devinrent le siège d'altérations analogues. Les seules douleurs que le malade ait ressenties sont des sensations de grande fatigue après le travail et surtout après un travail prolongé dans la station debout. Les régions atteintes présentaient au toucher une sensibilité tout à fait anormale.

La peau du malade au niveau des membres inférieurs, et des deux tiers inférieurs des bras, est tout à fait différente de ce qu'elle est sur le reste du corps où elle est normale. Sur les points atteints la peau semble être mince, plus sombre ; on y voit les veines beaucoup mieux ; et elle est couverte d'une multitude de rides séparées par des espaces lisses brunâtres ou blanchâtres ; elles suivent pour la plupart les lignes de clivage de la peau. Cette disposition est surtout marquée dans le sens de l'extension vers les genoux et les poignets, vers les chevilles et la partie inférieure des jambes la peau est un peu squameuse. Vers les pieds la ligne de démarcation entre la peau saine et la peau altérée est assez nette ; elle est moins marquée à la partie supérieure des cuisses : disposition analogue aux membres supérieurs.

La coloration si spéciale des parties atteintes semble dépendre de la disparition des éléments de la peau qui en font l'opacité, de telle sorte que l'on voit alors clairement les veines du réseau sous-cutané, les artérioles et les capillaires cutanés. Cette altération est surtout évidente près des limites des régions atrophiées. On y voit les veines fort apparentes au niveau de celles-ci disparaître dès qu'elles pénètrent dans la peau normale. Par places il existe une teinte lilas due à l'effet combiné des artérioles et des veinules. Presque partout se voit une teinte brunâtre des téguments qui est disposée par places en petites taches ponctuées ou semblables à du lentigo.

En certains endroits, mais surtout sur les jambes et le dos des pieds et des mains, on trouve de nombreuses plaques blanchâtres, cicatricielles d'aspect ; au niveau desquelles l'atrophie a été plus profonde, et qui correspondent par places aux vieilles ulcérations. En outre, il y a disséminées çà et là sur toutes les régions atrophiées une multitude de petites plaques légèrement déprimées que l'on ne peut reconnaître qu'à un examen fort attentif.

Les rides de la peau sont des plus apparentes sur toutes les régions affectées. En beaucoup de points, elles sont très minimes et à distance donnent l'impression de petites stries : vers les genoux, elles sont au contraire des plus accentuées : il en est de même vers le haut des cuisses. Il n'y a plus de poils ni de duvet sur toutes les régions intéressées. Il n'y a pas non plus de transpiration, et la peau y est sèche comme du parchemin, mais elle n'offre pas de modification de la température : presque partout, on peut la faire glisser facilement sur les tissus sous-jacents. Le sens du tact n'est que bien peu diminué si tant est qu'il le soit, mais la peau est nettement hyperesthésique.

Les muscles des régions atteintes ne semblent pas avoir subi la moindre

atrophie : le malade n'a aucune sensation de faiblesse dans les jambes.

L'auteur entre ensuite dans la discussion de ce fait : il croit qu'il ne peut être assimilé ni à l'atrophie idiopathique de la peau, ni à toutes les formes maculeuses, striées, diffuses de l'atrophia cutis propria, ni au xeroderma de Kaposi. Le cas relaté par Jadassohn en 1891, sous le nom d'atrophia maculosa cutis ou d'anetodermia erythematodes, et celui de Beer (1892) ont beaucoup de traits communs avec le fait précédent ; mais le type auquel il correspond le mieux est celui qui a été décrit par Buchwald, et qui l'a été si bien par cet auteur qu'on pourrait à juste titre lui donner le nom d'atrophie de Buchwald. L'auteur analyse en détail le mémoire de cet auteur (voir *Viertelj. f. dermat. und syph.*, 1883, p. 543) : il rappelle que Pospelow, Touton et Kristian Groen en ont aussi publié des exemples.

L. B.

**Dermatoses post-vaccinales.** — LOUIS FRANCK. Complication of vaccination. (*Journal of cut. and genit. urin. diseases*, avril 1895, n° 4, p. 142.)

L'auteur, à l'exemple de M. Malcolm Morris, divise les éruptions post-vaccinales en deux groupes :

I. — Éruptions dues au virus pur.

II. — Éruptions dues au virus impur.

Il y ajoute une troisième catégorie (*sequelæ of vaccination*).

Chacune des deux premières catégories comprend :

1° Un groupe d'éruptions locales.

2° Un groupe d'éruptions généralisées.

L'auteur envisage successivement : l'érythème simple, la dermite, l'herpès vaccinal, l'adénite, l'érythème vaccinal généralisé, l'urticaire, l'érythème polymorphe, le purpura ;

L'impétigo contagieux, la furonculose, les phlegmons, l'érysipèle, la pyohémie, la tuberculose, la lèpre, la syphilis.

Enfin, dans sa troisième catégorie de complication (*sequelæ of vaccination*), l'auteur range l'eczéma, le pemphigus, l'urticaire, le psoriasis, la furonculose. Chacun de ces accidents est décrit en quelques mots.

Malgré ces complications dont les plus fréquentes sont les moins graves, et dont la plupart peuvent être facilement évitées, l'auteur se déclare partisan résolu de la vaccination.

R. SABOURAUD.

**Eléidine.** — M. DREYSEL et P. OPPLER. Beiträge zur Kenntniss des Eleidins in normaler und pathologisch veränderter Haut. (*Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXX, p. 63.)

L'éléidine est, d'après la description de Buzzi, une substance visqueuse qui se trouve sous forme de gouttes fines et de gouttelettes et d'amas plus considérables dans le stratum lucidum de la peau humaine, au voisinage des follicules pileux et dans les parties des canaux excréteurs des glandes sudoripares qui traversent la couche cornée. Dans les muqueuses on ne rencontre l'éléidine que dans les points de transition avec la peau, et là elle n'existe qu'en très petite quantité. Le durcissement dans



l'alcool pendant un court laps de temps n'a pas d'influence notable sur la colorabilité et la consistance de l'éléidine. C'est dans la peau durcie par l'alcool qu'il est donc le plus facile de la montrer. Elle se colore le mieux par le picro-carmin ammoniacal et le sulfate de nigrosine. L'éléidine présente, une fois colorée, une force de résistance notablement plus grande à certaines actions chimiques.

La quantité d'éléidine dans l'épiderme n'est pas toujours proportionnelle à celle de la kératohyaline; dans la peau normale elle dépend en général de l'épaisseur de la couche cornée et est par conséquent surtout accusée à la plante des pieds et à la pulpe des doigts.

De nombreuses recherches sur la peau atteinte d'altérations pathologiques, on peut conclure que, dans les simples hyperkératoses, il existe une augmentation de l'éléidine, ainsi que de la kératohyaline. Dans les maladies qui accompagnent surtout les anomalies de kératinisation — parakératoses — l'éléidine disparaît plus complètement et plus prématurément que la kératohyaline, et n'a jamais été retrouvée, quand les noyaux du stratum corné ont conservé leur colorabilité, même quand on constatait en ces points la présence de la kératohyaline.

Dans le molluscum contagieux, l'éléidine — comme la kératohyaline — est très augmentée, en réalité entre la couche cornée contenant de la kératohyaline et la couche cornée proprement dite.

A. DOYON.

**Epidermolysis bullosa.** — GEORGES T. ELLIOT. Two cases of epidermolysis bullosa. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1895, p. 10.)

*Cas I.* — Homme âgé de 30 ans, d'origine allemande, bien développé, et de bonne santé habituelle. Son père avait la même affection que lui; elle était limitée au pied et se développait surtout en été quand il marchait ou quand il avait frotté ces régions. Le malade était venu au monde quelques années après le début de l'affection chez son père, et il avait 5 ans lorsque l'éruption fit sa première apparition chez lui : elle envahit les pieds et les mains. Elle était surtout intense en été, mais elle se produisait aussi en toute saison. Les bulles se formaient sans rougeur antérieure, après une pression ou une friction sur les mains et les pieds, après la marche ou le canotage ou l'emploi de tout instrument un peu dur. En été, le malade a de l'hyperhidrose des mains et des pieds, souvent même de la bromidrose. Les symptômes subjectifs, presque nuls, ne consistaient qu'en douleurs après la rupture des bulles. Lorsque l'auteur vit le malade, ce dernier présentait aux mains et aux pieds de nombreuses bulles de toutes les grandeurs, et plusieurs d'entre elles s'étaient formées pendant le trajet qu'il avait accompli à pied pour venir à la consultation. Les lésions étaient bien tendues, gonflées, saillantes, sans aucune zone périphérique de rougeur, difficiles à rompre. Le malade resta en observation pendant deux mois, et pendant tout ce temps il présenta les mêmes phénomènes.

*Cas II.* — Homme âgé de 21 ans, né en Allemagne, bien développé et de bonne santé. Son éruption avait, d'après lui, existé de tout temps, mais

personne dans sa très nombreuse famille n'avait de dermatose analogue. Les lésions se produisaient surtout pendant l'été et en un point quelconque du corps soumis à une pression ou à un frottement, sans aucune rougeur prémonitoire, et sans douleurs antérieures. Lorsqu'il vint consulter l'auteur, il avait de nombreuses bulles aux mains et aux pieds, sur les épaules ; leur volume variait de celui d'un pois à celui d'une noix. Elles étaient tendues, remplies d'une sérosité transparente, et ne se rompaient qu'avec difficulté. Après leur rupture, la surface exulcérée se cicatrisait rapidement sans la moindre pigmentation. Le malade se plaignait aussi d'hyperhidrose. Il resta en observation pendant plusieurs mois et ne fut amélioré par aucune médication.

L'auteur a fait l'examen histologique d'une de ces bulles de formation toute récente. La paroi supérieure de la bulle était constituée par le stratum corneum et une portion importante du stratum épithélial : la paroi inférieure était tapissée d'une manière fort irrégulière et interrompue par les mêmes cellules. Le contenu de la bulle était formé de granulations, de fibrilles de fibrine, mais nullement de leucocytes ou de cellules. A un fort grossissement, on voyait que le stratum corneum n'avait pas subi de modifications. Les cellules du corps muqueux les plus rapprochées de la cavité de la bulle avaient un aspect granuleux et leurs noyaux ne se coloraient que peu ou point ; elles étaient en contact avec des sortes d'espaces plus grands que les cellules normales, ayant un aspect tout à fait granuleux et pas de noyaux. D'ailleurs tous les noyaux du corps muqueux semblaient en quelque sorte noyés dans une exsudation séreuse et privés de leurs réactions colorantes. Jusqu'à une certaine distance de la bulle, le corps muqueux présentait tout autour d'elle certaines altérations : les cellules de son tiers inférieur étaient allongées, granuleuses ; leurs noyaux étaient linéaires, et elles donnaient l'impression de cellules soumises à une compression transversale. Les papilles du chorion au niveau de la bulle étaient ou bien nues, ou bien recouvertes de quelques cellules épithéliales, tuméfiées, œdémateuses, leurs capillaires dilatés, mais nullement entourés d'éléments cellulaires. Dans le réseau sous-papillaire, les vaisseaux étaient aussi dilatés, mais tout autour d'eux se voyait une infiltration cellulaire considérable. Le tissu périvasculaire était œdématisé, et ses mailles étaient infiltrées de leucocytes : les cellules du tissu connectif étaient augmentées de nombre. Cette infiltration périvasculaire s'étendait aussi le long des branches ascendantes des artérioles presque jusqu'au réseau vasculaire sous-cutané. Les glandes sudoripares présentaient aussi quelques lésions : elles étaient entourées d'une infiltration cellulaire et leur épithélium ne présentait plus la disposition cubique normale.

D'après cet examen histologique l'auteur pense que le phénomène important dans cette affection est précisément l'infiltration inflammatoire périvasculaire du chorion : ce serait pour lui la lésion primitive, fondamentale, qui tiendrait à une irritabilité exagérée, acquise ou héréditaire, du système vasculaire cutané. La production de la bulle ne serait que secondaire. Il se range donc complètement à l'avis d'Unna, qui dans son histopathologie cutanée en fait une dermatite traumatique. S. B.

**Épithélioma du pénis.** — EDWARD MARTIN. Epithelioma of the penis.  
(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1895,  
n° 3, p. 95.)

M. S. Martin publie l'observation clinique et microscopique d'un cas d'épithélioma du pénis. La tumeur née sur le rebord préputial augmenta avec une extrême lenteur, malgré plusieurs cautérisations intempestives. C'est après huit ans que l'ablation chirurgicale en fut pratiquée. La tumeur avait envahi le corps spongieux et les corps caverneux; l'amputation en fut faite à deux centimètres en arrière du néoplasme et en plein tissu sain.

Il n'y avait pas de ganglions inguinaux.

Le patient fut réexaminé neuf mois plus tard: la cicatrice était restée parfaite, sans trace aucune d'une repullulation in situ.

De ce cas, qui est le septième qu'il a examiné, M. Martin prend texte pour examiner les causes occasionnelles de cette localisation épithéliomateuse.

Le phimosis est la cause locale la plus fréquemment relevée. Puis le traumatisme; la contagion directe, bien que niée généralement, doit être maintenant recherchée avec soin depuis les faits connus de transplantation cancéreuse. La syphilis a été aussi relevée plusieurs fois, le néoplasme ayant débuté sur une cicatrice de lésion ancienne. L'auteur en cite une observation personnelle.

Le pronostic est relativement bénin, dans la plupart des cas opérés du moins.

Cependant la récurrence est considérée comme de règle, mais les observations de ces cas sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse baser sur elles une statistique.

M. Martin croit qu'on aurait plus de chances de les éviter par une extirpation préventive des ganglions inguinaux, même quand ils paraissent encore indemnes.

R. SABOURAUD.

**N. Bloom.** — Treatment of epithelioma of the face with lactic acide.  
(*Journ. of cutan. and genito-urin. diseases*, avril 1895, n° 4,  
p. 160.)

M. Bloom expose un cas d'épithélioma de la face, d'une dimension égale à celle d'une pièce de cinq francs, qu'il traita par des applications d'acide lactique et qui parvint après six ou sept semaines à une guérison entière avec une très belle cicatrice.

L'application médicamenteuse était faite tous les jours sous forme d'une pâte faite d'acide lactique pur et d'acide silicique mélangés.

Les premiers jours on fit un mélange tel des deux acides que la pâte était épaisse (acide lactique environ 60 p. 100), puis on fit de jour en jour la pâte plus molle, plus fluide, jusqu'à mettre l'acide lactique pur.

La douleur, presque nulle les premiers jours, fut naturellement un peu plus vive les jours suivants, sans être jamais intolérable. L'auteur recom-

mande cette manière extrêmement commode de doser et d'appliquer le médicament.

R. SABOURAUD.

**Lèpre.** — LIE. Zur pathologischen Anatomie der Lepra. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. XXIX, p. 339.)

La spécificité du bacille de la lèpre est sans doute aujourd'hui admise par la plupart des auteurs, depuis qu'on a trouvé ce bacille dans toutes les formes de lèpre. Mais la preuve complète manque encore, puisque toutes les tentatives faites pour cultiver ces bacilles et les inoculer à l'homme et aux animaux n'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs. La bactériologie ne peut donc que démontrer microscopiquement l'existence des bacilles dans l'organisme du malade, pour établir le diagnostic.

Quant à la situation des bacilles, on n'est pas encore absolument fixé; tandis que Neisser, Hansen, Touton, etc., admettent que les colonies des bacilles sont intra-cellulaires, d'autres auteurs, notamment Unna, Kühne, etc., pensent qu'elles sont à l'état de liberté dans les fentes lymphatiques. Actuellement ces deux opinions se sont un peu modifiées. Baumgarten est aujourd'hui convaincu de la justesse de l'ancienne opinion, c'est-à-dire que les amas ronds des bacilles lépreux se trouvent en grande partie dans des cellules. Mais il ajoute, — Kühne et Chassiotis semblent même en fournir des témoignages irrécusables — que dans certaines circonstances les colonies bacillaires de la lèpre peuvent être en grande partie libres dans les voies lymphatiques, c'est-à-dire dans des fentes artificielles des tissus.

L'auteur a plus particulièrement examiné le nerf cubital, mais aussi le nerf tibial, et une fois le nerf ciliaire, et il a trouvé partout à peu près la même disposition des bacilles dans le tissu, disposition décrite par beaucoup d'auteurs.

Kühne admet actuellement que ces formes allongées, plus ou moins sinueuses, des masses parasitaires sont dans des vaisseaux lymphatiques, et ajoute qu'il y avait aussi des formes de transition jusqu'à des coupes complètes de vaisseaux qui correspondent à la disposition des vaisseaux lymphatiques. Comme preuve de cette interprétation de ces productions allongées, il dit que beaucoup d'observateurs, entr'autres Touton, sont d'accord sur ce point, qu'il faut regarder ces traînées allongées d'amas de champignons comme se trouvant incontestablement dans les vaisseaux lymphatiques. Selon Kühne, il est invraisemblable que les vacuoles existent dans des cellules et par conséquent aussi on ne peut pas admettre que ces productions soient des cellules lépreuses.

L'auteur ne croit pas pouvoir admettre que les bacilles lépreux dans les nerfs soient dans les vaisseaux lymphatiques, tandis que, partout ailleurs, on les trouve dans les cellules.

Les colonies de bacilles que Kühne regarde comme étant dans les vaisseaux lymphatiques sont dans des cellules ou peuvent au moins s'y trouver.

Quand on veut attribuer à la disposition des voies lymphatiques dans les nerfs un rôle aussi important dans la formation des colonies allongées

de bacilles, il ne faut pas oublier que c'est précisément ici et dans le tissu nerveux qu'on peut trouver plus que partout ailleurs de grosses cellules, particulièrement allongées. Il n'est par conséquent pas nécessaire d'admettre a priori que des longues colonies, à cause de leur grosseur, ne sauraient être situées dans les cellules. En effet, on peut isoler beaucoup de ces grosses cellules en les tirillant; dans la planche qui accompagne le mémoire, toute une série est dessinée et il est facile de voir que les cellules renferment aussi bien quelques bacilles isolés que des colonies de forme et de grosseur différentes, même des colonies allongées. Ces bacilles et colonies sont incontestablement dans des cellules. Outre ces cellules, on peut aussi isoler de longs petits tubes qui renferment des bacilles dans leurs parois. Il ressort de la disposition des voies lymphatiques dans les nerfs périphériques que ces petits tubes ne sauraient être des vaisseaux lymphatiques; car ces voies lymphatiques se trouvent dans les fentes capillaires entre les fibres nerveuses isolées, de sorte que chaque fibre nerveuse est entourée de lymphe. Les petits tubes ne peuvent donc être que des fibres nerveuses dégénérées, qui ont perdu le cylindre-axe et la gaine médullaire.

Mais dans d'autres préparations lépreuses où la disposition des voies lymphatiques est tout à fait différente de celle des nerfs, on peut voir les longues colonies de bacilles, là notamment où se trouvent de grosses et longues cellules. Il en est ainsi dans un nodule lépreux de la langue, comme l'indique un autre dessin.

Lie a ensuite examiné toute une série de nodosités lépreuses prises sur le vivant, et autant que possible à diverses périodes. Ses recherches viennent confirmer l'ancienne opinion que les néoplasies dans les processus lépreux, ainsi que dans les processus tuberculeux, proviennent aussi bien de la prolifération des cellules fixes de tissu que de l'émigration des corpuscules décolorés du sang. Ce qui frappe dans la lèpre, c'est la faible réaction du tissu en comparaison du grand nombre des bacilles. On peut trouver plusieurs bacilles, et même de petits amas de bacilles dans une cellule du tissu, sans constater dans le voisinage une augmentation notable des noyaux. Ce n'est que quand plusieurs cellules sont atteintes qu'on peut voir une prolifération de cellules, et cette prolifération est toujours limitée au tissu envahi par les bacilles, ou à son voisinage le plus immédiat. Le tissu environnant paraît être tout à fait normal.

Tandis que dans la tuberculose il existe des cellules géantes et une dégénérescence caséuse, ces symptômes manquent constamment dans les lépromes. Mais ici les bacilles qui se trouvent dans les cellules continuent de proliférer lentement jusqu'à ce que enfin il se forme des « éléments bruns » ou « globes » plus ou moins volumineux. Le nombre de ces productions devient de plus en plus considérable, et en même temps la proportion des cellules douées de vitalité diminue, en d'autres termes, la nodosité perd sa dureté primitive et se ramollit.

Relativement aux « globes », l'auteur croit qu'on ne devrait désigner ainsi que les amas des bacilles dans lesquels il y a des vacuoles et où les bacilles ont un aspect granuleux.

La signification des vacuoles est très difficile à établir. Il est très pro-

bable, d'après l'auteur, qu'elles ont certaine relation avec des conditions biologiques déterminées des bacilles lépreux. On ne doit pas les regarder comme des espaces creux ou des restes de fentes lymphatiques, depuis qu'Unna a réussi à les colorer. Cet auteur les regarde comme une simple muqueuse de bacilles « Bacillenschleim ». Mais qu'est en réalité cette muqueuse? Lie ne peut pas le dire. Toutefois, il est disposé à la regarder comme quelque chose de spécial, provenant de l'activité des bacilles de la lèpre.

A. Doyon.

**Contagion de la lèpre.** — The contagiousness and control of Leprosy. (*Transactions of the congress of american physiccans and surgeons, 1894.*)

La preuve de la contagiosité de la lèpre peut être faite en s'appuyant sur les arguments suivants :

1° La manière dont elle se comporte à l'égard des communautés et des nations. L'auteur s'appuie pour le démontrer sur les épidémies du moyen âge, sur celles des îles Hawaï, de la Guinée britannique, de la Trinité, etc.

2° La manière dont elle se comporte à l'égard des individus. Il y a à tenir compte ici d'une cause d'erreur qui est la longue incubation de la maladie, laquelle peut rester latente pendant des périodes de deux, cinq et même dix ans. De plus, la lèpre n'est pas inoculable aux animaux. Mais quand on veut étudier de près les épidémies localisées, l'histoire des émigrants venant de pays sains qui se contaminent en arrivant dans des pays à lèpre, la fréquence relative de la contamination de personnes saines vivant dans l'intimité de personnes atteintes de la lèpre, on ne tarde pas à se convaincre de la transmissibilité de cette maladie.

3° La lèpre ressemble absolument à certaines affections dont on ne discute plus la contagiosité, telles la syphilis et la tuberculose.

4° La découverte du bacille de Hansen qui semble bien être l'agent pathogène de cette affection, ce qui prouve que c'est une maladie contagieuse bacillaire, au même titre que la découverte du bacille de Koch a prouvé de la manière la plus irréfutable la contagiosité de la tuberculose.

5° L'influence des mesures prophylactiques sur son développement. Toutes les fois que l'on a reconnu la maladie pour contagieuse et que l'on a interné les lépreux, la lèpre a décliné rapidement : il ne faut accepter qu'avec réserve la théorie de l'hérédité de la lèpre, et surtout il ne faut pas accepter cette théorie de l'hérédité comme l'unique moyen de propagation de l'affection.

Il propose de prendre les mesures suivantes dans les États-Unis d'Amérique :

1° Tout médecin devra déclarer l'existence de tout cas de lèpre, et s'il ne le fait, il sera passible d'une peine.

2° Les immigrants atteints de cette affection seront arrêtés aux ports d'entrée et renvoyés à leur pays d'origine.

3° Le gouvernement établira des hôpitaux spéciaux, autant que possible dans des îles où l'on internera tous les cas confirmés ou même douteux, et où l'on pratiquera l'isolement rigoureux, sauf quelques restrictions.



Dans la discussion qui a suivi cette communication, le Dr G. H. Fox a dit que les faits prouvaient que si la lèpre est contagieuse elle ne l'est qu'à un bien faible degré, et que pour sa part il ne voit pas qu'il soit nécessaire d'interner et d'isoler les lépreux des États-Unis. On ne peut porter une pareille atteinte à la liberté individuelle pour une maladie aussi peu transmissible, alors qu'on laisse les syphilitiques et les tuberculeux errer en liberté.

Le Dr J. B. Bryant croit au contraire qu'il ne faut pas permettre aux lépreux de vivre au milieu des sujets sains. Le Dr A. Van Harlingen a fait remarquer que les mesures prises aux ports d'entrée sont inefficaces parce que la maladie est des plus difficiles à reconnaître pendant ses premières périodes.

L. B.

**Traitement du lupus.** — O. LIEBREICH. De la guérison du lupus et de la tuberculose par la cantharidine, (communication faite à la *Société de médecine de Berlin*, le 20 février 1895) (1).

Ce qui rend les recherches difficiles, c'est que l'on comprend aujourd'hui sous le nom de tuberculose toute une série d'affections diverses, non seulement celles dans lesquelles se trouvent des tubercules, mais d'autres aussi où on rencontre des produits caséux sans tubercules et où la suppuration peut même être le symptôme prédominant et qui par conséquent ne sont souvent pas de nature tuberculeuse. D'après la conception bactériologique, la présence de bacilles tuberculeux paraît seule décisive pour le diagnostic. Mais ceci n'implique pas nécessairement que le bacille soit la cause de l'infection, qu'avec la destruction du bacille, le monde serait délivré de la phtisie, du lupus, etc... Ces idées s'appuient sur les expériences de Villemain, de Salomonsen, de Cohnheim et spécialement sur les affections produites par Koch sur des animaux avec le bacille tuberculeux. Comme ces conclusions sont déduites d'expériences sur la cellule animale, il importerait avant tout d'examiner si elles s'appliquent à la cellule humaine.

Il y a une très grande différence entre le mode de réaction des cellules animales et des cellules de l'homme sur les virus. D'autre part, les cellules des diverses espèces animales réagissent d'une manière tout à fait différente sur le bacille tuberculeux. On sait aussi que la susceptibilité de la cellule humaine pour le bacille n'est pas absolue. L'auteur cite à ce propos le cas bien connu de Jadassohn d'un prétendu lupus inoculé, dont les nodules se développèrent comme des tubercules anatomiques qui restèrent localisés et furent enlevés avec succès.

Mais à côté de cela on connaît de nombreux cas d'infection dans lesquels des symptômes généraux sont survenus avec la propagation du bacille tuberculeux à l'intérieur de l'organisme. Mais comment interpréter cette infection? D'après Liebreich la cause infectante, chez l'homme, n'est pas uniquement le bacille tuberculeux, comme le dit l'école bactériologique, la présence d'une maladie locale ou générale est nécessaire pour rendre possible sa pénétration et sa multiplication dans les tissus.

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 293-323.

L'altération de la vitalité des cellules n'est pas nécessairement une altération de l'organisme général, elle peut être purement locale. Un choc transmis aux organes internes peut être la cause d'une affection tuberculeuse. Des causes morbides chimiques ou mécaniques peuvent aussi amener cette diminution de l'énergie cellulaire, qu'il faut admettre pour le développement de la tuberculose.

De ces considérations il ressort que la tuberculose ne peut se produire que lorsque les cellules humaines ont perdu leur force de résistance contre le bacille tuberculeux; cet état a été désigné sous le nom de prédisposition qu'il est très difficile de définir. Elle constitue le véritable début de la maladie, c'est l'altération de la fonction vitale, provoquée par des troubles de nutrition, des influences biologiques héréditaires et autres; elle peut être passagère ou durable. On a dans la tuberculose une maladie, qui peut être de nature locale ou générale; ce n'est que quand celle-ci existe que la porte est ouverte au bacille tuberculeux qui amène à son tour les lésions anatomo-pathologiques bien connues. Le bacille n'est pas un véritable parasite: c'est un *nosoparasite*; et la tuberculose un *nosoparasitisme*.

Ces mêmes conditions s'observent dans la lèpre dont le bacille a une très grande analogie avec celui de la tuberculose.

Jusqu'à présent on n'a pas réussi à cultiver le bacille lépreux; d'autre part, les inoculations aux animaux ont donné des résultats négatifs.

Liebreich dit ensuite qu'on peut montrer en ce qui concerne la lèpre qu'on n'a pas affaire à une maladie infectieuse au sens de l'infection directe par le bacille découvert dans la lèpre. C'est ce qui résulte de faits plus probants que les expériences sur les animaux ou les cultures dans des verres à réactifs, à savoir les expériences d'inoculation faites sur l'homme. Que des sujets sains ne soient pas contaminés par le contact avec des lépreux, c'est là un fait établi depuis longtemps par de nombreuses observations. Que se passe-t-il quand un nodule lépreux ou un tissu lépreux est inoculé directement à un individu sain? Le résultat d'une expérience de ce genre devrait être décisif pour la question de la contagiosité et celle de savoir si les bacilles lépreux sont la cause de la maladie. L'expérience d'Arning est loin d'être concluante. Il en est tout autrement des observations publiées récemment par Danielssen qui, à plusieurs reprises, s'est inoculé à lui, à son assistant et à des garde-malades des nodules lépreux et du sang de lépreux; les résultats ont toujours été négatifs.

La lèpre n'est donc pas une maladie transmissible d'individu à individu et l'affirmation de A. Hirsch que la disposition héréditaire à la lèpre est contraire à la conception bactériologique et contagioniste, comme le reconnaît aussi Baumgarten, a repris sa valeur. On sait que les enfants ne naissent pas avec des lésions lépreuses; la maladie n'apparaît que plus tard et la seule hypothèse admissible est que la cellule malade, affectée par la lèpre, offre au bacille l'occasion de se développer. Le bacille lépreux ne serait donc pas la cause de la maladie. Il en serait de même d'après l'auteur des microbes du choléra, du typhus, de la diphtérie, etc., ce sont aussi des *nosoparasites*. Le bacille de Löffler est un *nosoparasite*; on l'a trouvé non seulement chez l'homme sain, mais aussi dans la rhinite fibrineuse. Il

n'est donc pas seulement le nosoparasite d'une seule maladie, il accompagne deux maladies : la diphtérie et la rhinite fibrineuse.

Il n'y a pas de maladie infectieuse spécifique diminuant la force des cellules dans la tuberculose, mais diverses causes peuvent altérer la vie cellulaire, diminuer la vitalité et permettre ainsi le développement du bacille tuberculeux seul ou accompagné d'autres microbes nosoparasitaires. Il faut donc écarter les causes de dépression de la force vitale.

Jusqu'à présent les médicaments et méthodes employés ont été dirigés contre le bacille tuberculeux.

L'auteur se place à un autre point de vue ; il faut fortifier les cellules par une intervention thérapeutique et l'expérience a montré que la cantharidine possédait cette action. Sous l'influence de ce remède il y a exsudation de sérum, c'est-à-dire imbibition séreuse. C'est là un phénomène que Liebreich a observé dans les lésions tuberculeuses du larynx et dans le lupus et qui a été également constaté par d'autres auteurs dans le lupus et d'autres maladies.

Quelques médecins, notamment M. v. Bergmann, refusent à la cantharidine toute action parce qu'ils n'ont pas observé les symptômes d'une inflammation. Or, selon M. Liebreich il n'a jamais été question d'inflammation ; il ne l'a pas observée et si la cantharidine en provoquait il serait, dit-il, le premier à la déconseiller ; il s'agit uniquement d'une extravasation séreuse plus abondante des capillaires, particulière à l'action de ce remède.

La cantharidine ne provoque pas de néphrite, comme quelques auteurs le prétendent ; M. Liebreich ne l'a jamais constatée. Une légère albuminurie dans quelques cas, deux fois seulement l'apparition d'une petite quantité de sang dans l'urine, ont été en quatre ans les seuls indices que des doses trop élevées provoquaient une irritation rénale de très peu d'importance ; mais celle-ci a disparu au bout de quelques jours et la cure a pu être continuée.

Une jeune fille phthisique, atteinte de lupus, âgée de 12 ans, avait pris de la cantharidine pendant deux ans et demi ; à quatre reprises on avait observé un trouble de l'urine pendant l'administration de 167 doses. A l'autopsie, les reins examinés avec beaucoup de soin par M. Hausemann furent trouvés tout à fait normaux.

Il y a lieu de signaler tout spécialement l'influence favorable que la cantharidine exerce sur l'appétit et l'augmentation rapide du poids du corps, quel que soit d'ailleurs le mode d'administration du remède.

Le traitement par la cantharidine continué pendant quatre ans n'a fait que confirmer ce que Liebreich avait observé dès le début, une action curative durable dans le lupus et dans la tuberculose laryngée.

Dans le lupus il survient parfois pendant la cure de nouvelles nodosités, mais elles se trouvent presque toujours dans la zone reconnue malade auparavant par l'examen optique.

L'auteur cite ensuite deux cas, notamment celui d'une demoiselle de 49 ans, qui avait été opérée 43 fois ; ce lupus était toujours en progression. Malgré un traitement de trois ans, avec 270 doses de cantharidine, elle n'est, il est vrai, pas encore guérie. Cependant l'aspect s'est amélioré par suite

de la disparition partielle sans cicatrices des nodosités et des infiltrats.

Enfin Liebreich présente une femme de 24 ans, d'une famille saine, qui, en août 1893, remarqua sur sa joue gauche quelques papules auxquelles s'ajoutèrent deux autres sur le côté droit du nez. Les papules de la joue se multiplièrent. Il s'agissait d'un cas tout à fait caractéristique de lupus vulgaire.

Après quarante-deux injections de cantharidine les nodosités disparurent complètement; pas d'albumine dans l'urine durant tout le traitement, l'appétit et l'état général sont toujours restés excellents. Il n'existe pas de cicatrices, une coloration plus claire indique seule le siège de l'affection antérieure.

Ce cas par conséquent, ainsi qu'une série d'autres cas, montrent que la cantharidine peut faire disparaître des nodosités tuberculeuses sans laisser de cicatrices. La preuve anatomique a été donnée par les préparations microscopiques faites par M. Hausemann.

Le dogme d'après lequel le lupus vulgaire ne guérirait jamais sans cicatrice se trouve ainsi renversé, en même temps que l'action curative de la cantharidine est démontrée. Il en résulte qu'il est très important de traiter des cas récents. Pour s'assurer du diagnostic, l'auteur recommande l'emploi de la compression avec la lamelle de verre et l'éclairage phanéroscopique.

Liebreich en terminant sa communication dit qu'il a encore employé avec succès la cantharidine dans le traitement de la sclérodermie et du pityriasis rubra.

A. DOYON.

**Lupus et cantharidine.** — H. KÖBNER. Zur Kritik der « Lupusheilung durch Cantharidin ». (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 229.)

Les opinions émises par Liebreich sur la pathologie générale des maladies infectieuses, particulièrement de la lèpre et de la tuberculose, ont eu pour but de donner une base théorique au traitement du lupus par la cantharidine.

Elles sont en opposition directe avec les récentes conquêtes de notre science et ne reposent nullement sur des faits. Pour Köbner, contrairement à l'hypothèse de Liebreich, les bacilles restent les agents directs de ces maladies infectieuses, sans lesquels malgré toute prédisposition ni la lèpre ni la tuberculose ne naissent et par suite disparaît aussi l'hypothèse que si on réussit « à relever la vitalité des cellules par un remède quelconque », les bacilles de ces maladies restent des habitants inoffensifs de l'organisme.

Si les dermatologistes ont eu rarement recours à la cantharidine, cela tient à ce que les démonstrations faites il y a quatre ans et les données théoriques ont été peu convaincantes et qu'en outre l'emploi de ce remède n'est pas sans danger (1).

Köbner se borne à communiquer un cas de lupus, qui a été traité par

(1) Sur 28 malades traités par la cantharidine à la polyclinique laryngologique de l'Université, 10 ne sont pas revenus et sur les 18 restants on a chez 10 constaté de l'albuminurie, plusieurs fois avec cylindres ou hématurie.

la cantharidine et néanmoins n'a pas cessé de progresser comme s'il n'y avait pas eu d'intervention. Ce cas offre toutes les conditions exigées par Liebreich : ce cas était récent, et dans ces conditions Liebreich lui-même indique la curabilité comme un peu incertaine ; d'autre part, il n'avait été traité ni par la tuberculine, ni par le raclage, ni par le fer rouge. Ce cas montre ce qu'il faut penser de l'opinion que la cantharidine relève « la force vitale des cellules ».

Le 27 janvier 1894, Köbner constata sur les deux membres inférieurs d'une petite fille d'environ 5 ans, très délicate et faible, des foyers lupiques dont la dimension variait d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce d'un franc, qui paraissaient n'avoir pas été traités. A l'âge d'un an cette malade aurait eu un certain nombre de soi-disant furoncles sur les membres inférieurs, plus tard aussi sur la main et à la face. On les incisa et il resta des cicatrices rouges dans lesquelles se développa plus tard un lupus. En juin 1891, on excisa un de ces foyers de la face. De la fin août jusqu'au milieu de septembre, Saalfeld fit deux fois chaque semaine une injection sous-cutanée de cantharidine d'après les indications de Liebreich, puis on les suspendit en raison de la détérioration de l'état général.

On prescrivit la cantharidine à l'intérieur, d'abord en solution faible deux fois chaque jour. Cependant on fut obligé de cesser en raison de troubles sérieux des voies digestives accompagnés de fièvre.

De fin janvier 1892 jusqu'au milieu de mars, Saalfeld employa des solutions plus concentrées, puis il fut encore nécessaire de suspendre le traitement.

En somme, cette cure dura de la fin d'août 1891 jusqu'à la fin de juin 1893, avec interruptions à plusieurs reprises soit par suite de malaises intercurrents, soit pour d'autres motifs. Les résultats furent que les foyers lupiques non seulement n'avaient pas diminué, mais s'étaient agrandis.

Cette petite fille que Köbner a revue pour la dernière fois en janvier 1895 paraît à présent en bonne santé ; le lupus a été guéri soit par l'excision, soit par l'acide pyrogallique.

Après l'exposé si concluant de ce fait, l'auteur examine quelques-uns des cas présentés par Liebreich il y a quatre ans.

Le premier concerne un garçon âgé alors de 12 ans 9 mois qui fut présenté par Saalfeld à la Société de médecine avec un lupus d'une joue de 2 centim. seulement de longueur sur 1 centim. de largeur, comme étant en voie d'amélioration après la cinquième injection et dont Liebreich, au congrès de chirurgie de 1891, disait que ce lupus après 12 à 14 injections avait diminué d'un tiers par suite de cicatrisation normale.

Et actuellement, au bout de 4 ans, Saalfeld concède que ce garçon n'est pas encore guéri ; mais il ne désespère pas de le guérir dans l'avenir par la cantharidine.

A ce même congrès Liebreich, répondant à l'objection de V. Bergmann qui n'avait pas constaté le moindre changement pendant une observation de trois semaines dans trois cas, a dit que chez une femme (lupus du nez) qu'il traitait à la consultation gratuite, il avait déjà vu des symptômes de résolution, dont V. Bergmann, quand il verrait de nouveau ce cas, constaterait à coup sûr le succès. Il serait très intéressant de revoir aujourd'hui

cette malade, car après 4,000 et quelques centaines de doses de cantharidine administrées par Liebreich et Saalfeld on ne nous a présenté au lieu d'un nombre considérable de malades guéris, qu'un seul cas de lupus guéri, à peine de la grosseur d'un haricot et dont en outre le diagnostic était douteux, comme M. Isaac l'a fait remarquer dans la discussion. En terminant, Köbner dit n'avoir jamais vu guérir un lupus vulgaire sans cicatrice.

A. DOYON.

**Réponse au professeur Köbner.** — SAALFELD. Bemerkungen zu Herra Professor Köbner's Aufsatz : « Zur Kritik der Lupusheilung durch Cantharidin ». (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 305.)

Tandis que les observations concernant le traitement du lupus par la cantharidine portent sur plus de 40 cas, Köbner s'appuie sur l'un des deux malades cités dans le mémoire de Liebreich, qui ont abandonné le traitement en raison de l'intolérance de l'estomac pour ce remède. Si les choses se passent autrement que dans les lupus traités par les méthodes ordinaires, cela tient au mode d'action particulier de la cantharidine. Saalfeld proteste ensuite contre les affirmations de Köbner. L'enfant n'a pas pris de cantharidine de janvier à mars 1892. On n'a constaté qu'une fois un trouble problématique de l'urine ; d'autre part, cet enfant n'a jamais pris deux fois par jour la cantharidine à l'intérieur. Ni Liebreich ni l'auteur n'ont jamais procédé ainsi.

Quant à l'objection de Köbner concernant le garçon de 12 ans que Saalfeld a présenté autrefois à la Société de médecine, voici les paroles textuelles de Liebreich : « J'ai malheureusement oublié de dire que ce garçon atteint d'un lupus de la joue gauche est tellement amélioré, qu'il n'y a aucun motif, ni pour nous ni pour les parents, d'interrompre la cure. »

Si l'observation des résultats obtenus depuis quatre ans dans le traitement du lupus par la cantharidine m'a conduit, dit en terminant Saalfeld, à défendre ce remède et à contribuer au développement de cette méthode, cela tient en grande partie à ce que, pendant six ans de ma pratique auprès du professeur Köbner, il ne m'a pas été donné de voir son traitement du lupus aboutir à des résultats aussi favorables, même approximativement, que ceux rendus possibles par la cantharidine.

A. DOYON.

**Examen critique du mémoire du professeur Liebreich.** — H. KÖBNER.

Zur Kritik des Vortrages des Herrn Professor O. Liebreich : « Ueber Lupusheilung durch Cantharidin und ueber Tuberkulose ». (*Dermatol. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 245.)

Dans cet article très documenté le professeur Köbner énumère toutes les preuves déjà connues prouvant que la lèpre est une maladie infectieuse chronique et spéciale à l'homme. A côté de la présence constante du bacille d'Hansen dans tous les produits pathologiques de la lèpre, et cela en quantité tout à fait adéquate au degré de développement, il faut remarquer que les bacilles de la lèpre, en dépit des recherches, n'ont été trouvés nulle part en dehors du corps humain.



L'auteur examine ensuite le côté historique de la question soit dans les temps anciens, soit dans les temps modernes. Ce sont des faits incontestables que ces invasions de lèpre dans des pays où elle était inconnue auparavant. Il s'est parfois produit de véritables endémies dans des communes jusque-là exemptes de la lèpre, à la suite de l'immigration de lépreux. A cet égard, le rapport du Dr Zuriaga, au conseil municipal de Valence, est très instructif.

Quant aux résultats négatifs des inoculations de Danielssen sur lesquels s'appuie surtout M. Liebreich, on ne sait pas si les fragments de nodules inoculés, et qui furent même expulsés en partie par suppuration, contenaient un nombre suffisant de bacilles vivants. Il nous manque à leur égard la connaissance du fait fondamental, indiqué par Koch, en ce qui concerne la biologie du bacille tuberculeux, la façon d'obtenir des cultures pures du bacille de la lèpre. Malheureusement toutes les cultures pures ont échoué, ainsi que toutes les expériences sur les animaux. Köbner discute ensuite l'essai d'inoculation d'Arning sur Keanu, le cas du père Damien. Ce dernier cas est un argument de plus contre l'hypothèse des noso-bactéries. En résumé, la lèpre contient très probablement une sorte de contagé, dont le mode de transmission, direct ou indirect, nous est complètement inconnu, surtout en raison de sa longue incubation. De plus, on connaît les remarquables effets de l'isolement en Norvège : en 1856, d'après Armauer Hansen, on comptait 1,833 lépreux et en 1890, après l'établissement de grandes léproseries, il n'y en avait plus que 900 environ.

Köbner passe ensuite à l'observation de Jadassohn, la seule admise par M. Liebreich, d'un lupus inoculé, que cet auteur a préféré désigner sous le nom de tubercule anatomique. Toutefois, il a oublié de dire que dans ce même travail Jadassohn décrit un autre cas, concernant un garçon boucher, qui, à la suite d'une coupure, eut un ulcère tuberculeux à l'index droit; il se forma ensuite un petit nodule lupique à la partie supérieure de l'avant-bras et un autre à la partie inférieure du bras.

L'examen microscopique montra les caractères d'un lupus et en outre un ganglion lymphatique tuberculeux au-dessous d'un de ces foyers. On connaît d'autres cas où le lupus a été transmis par grattage d'un foyer tuberculeux. De nombreuses observations cliniques ont montré des inoculations de lupus par des foyers certainement tuberculeux. On trouve toujours la structure caractéristique du tubercule dans un lupus vulgaire alors même que les bacilles sont très difficiles à découvrir.

Selon Liebreich, des maladies générales précéderaient toujours la tuberculose et le bacille n'interviendrait que d'une manière secondaire, c'est-à-dire comme noso-bacille. Cette manière de voir n'est pas nouvelle; il y a trente ans, Erasmus Wilson émettait une hypothèse analogue à propos du favus. D'après lui, le favus n'était pas une mycose mais provenait de ce qu'un individu dont les humeurs étaient altérées présentait une exsudation de la peau sur laquelle le champignon favique ne se trouvait que d'une façon secondaire.

M. Liebreich croit que le nodule tuberculeux reste local et ne conduit pas à l'infection générale; dans les cas restreints d'ailleurs, où celle-ci se produit, un virus septique serait inoculé avec le bacille et « diminuerait la

vitalité des cellules » de telle sorte que le bacille pourrait alors avoir une action agressive. Mais on connaît des tuberculoses locales des organes les plus divers, datant d'un grand nombre d'années, qui n'aboutissent parfois qu'après très longtemps à une tuberculose miliaire générale, d'une manière en apparence spontanée, c'est-à-dire sans qu'on en connaisse les causes. Il faut en outre signaler les cas de généralisation évidente, ou des métastases de la tuberculose à la suite d'opérations. On sait que Besnier et Auber ont fait valoir contre les méthodes sanglantes d'extirpation du lupus l'apparition consécutive de la tuberculose. On connaît le cas de Doutrelepon, dans lequel une méningite tuberculeuse (avec bacilles tuberculeux dans le sang) amena la mort d'une jeune fille quelque temps après le raclage d'un lupus de la face.

L'hypothèse de M. Liebreich d'après laquelle la cantharidine augmenterait l'énergie vitale des cellules et amènerait ainsi la guérison ne correspond nullement aux faits cliniques et anatomiques. Les bacilles restent toujours les véritables germes morbides sans lesquels, en dépit de toute prédisposition (affaiblissement de l'organisme), ne se produisent ni la lèpre ni la tuberculose.

Köbner discute à nouveau le cas de cette petite fille de 5 ans atteinte de lupus dont la guérison n'eut pas lieu malgré l'emploi de la cantharidine du milieu d'octobre 1891 à fin juin 1893. Il passe ensuite en revue les différents cas présentés il y a quatre ans et qui ne seraient pas guéris. L'auteur termine en disant qu'au lieu d'un grand nombre de malades guéris, M. Liebreich n'a présenté qu'un seul cas de « lupus guéri », ayant à peine la dimension d'un haricot et dont le diagnostic a donné lieu à des doutes. Il se range aussi à cet avis, car il n'a jamais vu un lupus vulgaire guérir sans cicatrice. Si on montrait à Köbner un lupus, d'abord à l'état floride, puis guéri sans cicatrice consécutive si unie soit-elle ou décoloration, il se déclarerait volontiers convaincu.

A. DOYON.

**Étude histologique de l'ongle sain et de l'ongle malade.** — E. ECHEVERRIA. Ein histologischer Beitrag zur Kenntnis des gesunden und kranken Nagels. Travail du laboratoire d'Unna, (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1895, t. XX, p. 78.)

Jusqu'à présent, on n'a que très rarement étudié l'anatomie microscopique des maladies de l'ongle. L'auteur, dans ce travail, expose les résultats de ses recherches sur l'ongle normal et sur l'ongle malade ; il s'est servi pour cette étude des nouvelles méthodes indiquées par Unna pour l'examen des substances cornées.

**Ongle sain.** — Le plateau normal de l'ongle comprend quatre couches, qui se distinguent par des différences dans la grosseur des cellules unguéales, dans leurs bords, leurs noyaux et leur réceptivité pour les matières colorantes.

La bande cornée sous-unguéale présente toujours une délimitation nette vers le plateau de l'ongle et ses cellules diffèrent de celles de ce dernier, tant sous le rapport de leur volume que par leur plus grande réceptivité pour les matières colorantes basiques.

Sur les ongles sales, cette bande cornée prend des colorations toujours beaucoup plus intenses que dans les ongles propres.

On ne trouve pas d'organismes dans l'ongle normal propre et dans les ongles sales il n'en existe qu'un petit nombre dans le ligament sub-unguéal. Il en est ainsi même quand une maladie de la peau occasionnée par des bactéries existe à ce moment (eczéma, psoriasis).

*Ongles malades.* — Il existe des différences notables dans l'état microscopique des ongles, soit mous, soit durs d'une manière anormale.

Dans les premiers (eczéma, psoriasis, leuconychie, ongles cardiaques), les cellules du plateau unguéal sont plus grosses et conservent mieux la matière colorante en présence des agents de décoloration que dans des conditions normales ; elles présentent des contours et des noyaux distincts et ont de la tendance à s'effeuiller et à former des sillons profonds. La bande sous-unguéale est d'ordinaire hypertrophiée, par suite de l'absence de pression normale du côté du plateau unguéal ; elle est le plus souvent hypertrophiée, habituellement molle, de structure ondulée caractéristique. Cet état est parfois accompagné d'un dépôt semblable, mais moins important, de cellules du plateau de l'ongle.

Il existe souvent des micro-organismes en grand nombre ; ils pénètrent même profondément dans la substance cornée. Ceci est surtout vrai pour la couche sous-unguéale.

Dans les ongles durs (sclérose, scléronychie), le plateau de l'ongle ne présente pas les quatre couches normales, mais il a l'aspect d'une masse homogène, avec des contours cellulaires et des noyaux indistincts, et ceux-ci disparaissent de très bonne heure. Il n'existe aucune tendance à de plus grandes ondulations ou à un fendillement précoce, et s'il se produit des crevasses, elles sont limitées aux couches superficielles. Le bourrelet sus-unguéal est le plus souvent peu développé (indice d'une pression plus forte du plateau unguéal) et il n'est pas disposé en couches très ondulées.

Les micro-organismes sont rares et ils ne pénètrent jamais profondément dans l'intérieur de l'ongle, alors même qu'il existe une maladie de peau (psoriasis) occasionnée par des bactéries.

En terminant, l'auteur ajoute que ses recherches l'ont convaincu que quoiqu'il n'y ait pas toujours des bactéries dans la couche sous-unguéale, on les y trouve cependant assez souvent pour être autorisé à penser que cet élément est le premier stade de l'infection générale de l'ongle, car il constitue un terrain très propice pour le développement des micro-organismes.

A. DOYON.

**Xanthome diabétique.** — JAY.-F. SCHAMBERG. Xanthoma diabetorum with report of a case. (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1895, n° 5, p. 102.)

L'auteur résume les différents symptômes qui différencient du xanthome ordinaire le xanthome diabétique. 1° C'est d'abord la rapidité de l'évolution et de la régression de la maladie ;

2° La fermeté et la dureté des papules ;

3° L'absence de macules ou de stries ;

4° La différence de couleur, des éléments jaunes du xanthome ordinaire, rougeâtres dans le xanthome diabétique ;

5° Les symptômes fonctionnels de prurit, de tension et de brûlures plus fréquentes dans le xanthome diabétique ;

6° La localisation des éléments aux coudes, aux genoux, aux reins ;

7° L'envahissement des follicules pileux ;

Enfin, l'existence d'une glycosurie concomitante.

Suit la description d'un cas typique de cette affection, chez un glycosurique jeune (34 ans) et l'examen histologique d'un élément biopsié. On trouve une infiltration considérable mais nettement limitée du corps papillaire par un amas de cellules, s'étendant jusque dans l'épaisseur du chorion.

Ces cellules sont, pour le petit nombre, des cellules migratrices, pour la majorité des cellules conjonctives fixes en prolifération. Dans le voisinage du foyer, les capillaires étaient dilatés et entourés d'un manchon cellulaire épaissi. Leurs cellules endothéliales gonflées saillaient dans la lumière du vaisseau.

Dispersés çà et là, des groupes de grosses cellules épithélioïdes, beaucoup d'entre elles polynucléaires. Parmi elles, les cellules géantes du xanthome.

On n'en retrouvait pas sur toutes les coupes. Elles étaient plus nombreuses en un point où le néoplasme était en régression. Les glandes sudorales très infiltrées de cellules embryonnaires avaient quelques-uns de leurs acini absolument oblitérés, et leurs conduits sudoripares remplis de cellules rondes. La papule excisée contenait un poil dont le follicule n'avait pas échappé à l'invasion cellulaire.

Cette description est accompagnée d'un cliché montrant deux cellules géantes multinucléées.

R. SABOURAUD.

## REVUE DES LIVRES

E. FINGER. — *La syphilis et les maladies vénériennes*. Traduction française sur la 3<sup>e</sup> édition allemande, par DOYON et SPILLMANN. In-8° Paris, avec cinq planches en chromolithographie, Félix Alcan, 1895.

Nous avons déjà rendu compte l'année dernière de l'important traité de la blennorrhagie publié par M. Finger et traduit en français par le Dr Hogge.

Dans le livre qui nous est présenté maintenant, la blennorrhagie tient encore une place importante, un tiers environ du volume; le reste est consacré à la syphilis. M. Finger, avec la compétence qu'on lui connaît et une clarté méritoire s'est efforcé d'étudier toute la pathologie de la syphilis en se basant sur les connaissances étiologiques et bactériologiques modernes, c'est-à-dire en tâchant d'éclairer parce que nous savons de plusieurs autres maladies infectieuses ce qu'il semble nous devoir échapper longtemps encore dans la connaissance intime de cette maladie. L'auteur a maintenu dans sa description la classification ancienne en trois périodes et les diverses manifestations sont étudiées suivant leur ordre chronologique d'apparition. La syphilis de l'œil a été exposée par M. Dimmer, agrégé d'ophtalmologie à la Faculté de Vienne.

Quoique tous ces chapitres soient relativement courts, car la syphilis tout entière occupe 250 pages, ils présentent une étude d'ensemble remarquable de la maladie; les méthodes de traitement sont très bien exposées. Finger ne commence le traitement général qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires; mais il se montre partisan du traitement chronique, intermittent, longtemps prolongé suivant la méthode de M. le professeur Fournier.

Des annotations de MM. Doyon et Spillmann complètent, quand il y a lieu, le texte, et ont surtout pour but de mettre en relief en face des opinions viennoises, les théories et les méthodes françaises.

En résumé, livre de lecture facile et permettant aux étudiants et aux praticiens de se mettre au courant rapidement de l'étude d'une maladie qu'il leur importe tant de connaître et dont beaucoup trop encore ignorent même les plus simples lignes.

H. F.

NEISSER. — *Stereoscopischer medicinischer atlas* : Fascicule II, 1895, planches XIII à XXIV. Chez Fisher. Cassel, prix de chaque fascicule, 4 marks.

Nous avons déjà, l'année dernière, en annonçant l'apparition de cette curieuse publication, dit tout le bien que nous en pensions et les services qu'elle doit rendre à l'étude et à l'enseignement de la médecine, surtout de la dermato-syphiligraphie. Le deuxième fascicule ne le cède en rien au

premier et contient douze photographies stéréoscopiques : XIII et XIV, Syphilide gommeuse ulcéreuse de la face avant et après le traitement; XV et XVI, curieux cas de nævus pileux pigmentaire occupant une grande partie du tronc chez un jeune enfant; XVII, cas de séborrhée sèche de la face et des cheveux, ces trois reproductions présentées par le Dr M. Eichhoff, d'Elberfeld; XVIII et XIX, par le Dr Finsers, de Copenhague, cas de variole traités par la lumière rouge; XX, cas de syphilide à forme de rupia généralisé, syphilis maligne précoce, malade du service du professeur Lewin de Berlin, observation présentée par le Dr Löhr, assistant; XXI, ulcération gommeuse du nez, par le Dr Julius Heller; XXII, syphilide à grosses papules, par le Dr Gumprecht; XXIII, cas de pemphigus neurotique et traumatique venant de la clinique de M. Neisser et rapporté par le Dr Schäffer, assistant; XXIV, pièce anatomique, ulcère syphilitique du rectum se rapportant à la planche XI parue dans le premier fascicule.

Le procédé de reproduction a été un peu modifié et au lieu de photographies on a employé un mode de reproduction qui donne aux images l'aspect d'épreuves photographiques ordinaires brillantes. H. F.

**A system of genito-urinary diseases, syphilology and dermatology, by various authors, edited by Prince A. Morrow, with illustrations in three volumes : T. II. Syphilology Edinburg et London en deux parties. Pentland, 1894. T. III. Dermatology en deux parties id., 1894.**

Les tomes II et III de ce superbe ouvrage, le plus beau compendium assurément qui ait encore été publié sur notre spécialité, ont paru presque ensemble dans le courant de l'année 1895, si bien que les trois volumes formant l'ouvrage complet ont été publiés en dix-huit mois à peine. C'est là un beau succès dont peuvent se montrer fiers nos confrères américains et surtout le directeur de la publication, M. le Dr P. Morrow. On ne saurait analyser en détail une pareille œuvre, mais l'énoncé des chapitres avec le nom du médecin qui a été chargé de la rédaction, montreront avec quel soin et quelle compétence ont été réparties les tâches.

En tête du volume consacré à la syphilis, M. JAMES NEVINS HYDE a traité de l'histoire et de la géographie de la syphilis et des généralités; l'étiologie générale a été exposée par MM. JOHN A. FORDYCE, M. DUNCAN BULKLEY, dont on connaît déjà le bel ouvrage sur la syphilis insontium, a exposé les divers modes d'infection, tandis que M. EDWARD BENNET BRONSON décrivait la syphilis primaire, et M. JOSEPH ZEISLER la période d'infection générale constitutionnelle. M. P. A. MORROW s'est réservé la part fort importante de la syphilis de la peau, laissant à M. SAMUEL ALEXANDER la syphilis des appendices de la peau, cheveux et ongles, et à M. ALLEN la syphilis des muqueuses et de la bouche. Ces différents chapitres occupent plus de la moitié du volume. Viennent ensuite en autant de chapitres : la syphilis des muscles, des articulations et des tendons, par FRANK HARTLEY; la syphilis osseuse, par TOWNSEND; la syphilis des voies respiratoires, par JOHN NOLAN MACKENZIE; la syphilis viscérale, par COUNCILMAN; la syphilis du rectum et de l'anus, par JAMES P. TUTTLE; celle des organes urinaires, par EUGÈNE FULLER; du système nerveux, par SACHS et BULLARD; la syphilis de l'œil,



par STEDMAN BULL; celle de l'oreille, par ORNE GREEN; la syphilis héréditaire, par STURGIS; le diagnostic et le pronostic général, par HERMANN J. KLOTZ, et le traitement par WILLIAM WHITE; enfin les rapports avec la santé publique, par SAMUEL TREAT ARMSTRONG. Le volume se termine par l'étude du chancre simple, par EDWARD MARTIN.

Comme on le voit, c'est l'élite de nos confrères américains qui a collaboré à l'œuvre. Illustré en plus de nombreuses figures en noir et en couleurs, ce superbe volume réalise un traité de syphiligraphie de la plus haute valeur documentaire.

Le tome III consacré à la dermatologie, complète fort bien ce magistral ensemble. La liste des collaborateurs, tous les membres ou à peu près de l'American dermatological Association, est non moins brillante. L'ordre suivi est l'ancienne classification anatomique de Hebra qui, en l'absence d'une classification étiologique rationnelle, a l'avantage d'être connue de tous, et permet l'introduction dans ses rangs des nouveaux types décrits. L'*acanthosis nigricans*, par exemple, a pris place dans les HYPERTROPHIES, et la psorosperme folliculaire sous le nom de kératosis folliculaire dans les NÉOFORMATIONS. Mais la description de chaque maladie a été confiée à un auteur différent, de sorte qu'en réalité il s'agit d'une sorte de dictionnaire dermatologique, dans lequel les articles ne sont pas classés par ordre alphabétique, mais groupés par affinités. Le travail a été si bien divisé et préparé et chacun des auteurs a si bien observé les règles données, que la longueur de chaque article reste bien proportionnelle à l'importance de la maladie décrite; de cette façon la collaboration multiple se fond dans un ensemble qui semble l'œuvre d'un seul. Ceci tout à l'éloge de M. P. Morrow, car l'on sait combien difficile et délicate est la tâche du directeur dans ces sortes de publications. Les illustrations en noir et en couleurs sont fort nombreuses, empruntées de ci de là et la plupart bien choisies et bien réussies. En résumé, une très belle publication très au courant de la science et qui sera vivement appréciée, nous n'en doutons pas, des dermatologistes et des syphiligraphes de tous les pays.

H. F.

V. BABÈS. — *Annales de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucharest*, III<sup>e</sup> année, vol. IV, 1891. In-4<sup>o</sup>, Bucarest, 1894.

Nous avons déjà signalé l'année dernière l'intérêt que présentait le deuxième volume de cette belle publication, faite à la fois en roumain et en français et accompagnée de belles planches micrographiques.

Le présent volume contient quatre mémoires seulement : 1<sup>o</sup> *Recherches sur quelques bactéries trouvées dans les cas d'influenza*, par M. BABÈS; 2<sup>o</sup> *Sur l'étiologie de certaines formes de bronchite*, par MM. BABÈS et BELDIMAN; 3<sup>o</sup> *Sur l'étiologie des injections hémorrhagiques*, par MM. BABÈS et E. POPP; 4<sup>o</sup> *Étude sur les streptocoques*, par MM. BABÈS et PROCA.

Ces travaux sont, comme on le voit, d'un intérêt un peu spécial; le troisième ayant pour objet les purpuras présente une importance particulière pour les dermatologistes. Les auteurs concluent que les infections hémorrhagiques sont dues à des microbes spéciaux qui pénètrent dans l'orga-

nisme généralement à la faveur d'autres infections et surtout quand ils trouvent un terrain préparé pour développer leur action. Quoique l'on admette généralement une infection hémorrhagique idiopathique (maladie de Werlhoff), une analyse minutieuse a toujours conduit MM. Babès et Popp à trouver une porte d'entrée de l'infection, laquelle consiste la plupart du temps en une pharyngite, une amygdalite, une bronchite ou bien en une plaie cutanée ou affection urogénitale, ou bien enfin une maladie infectieuse préexistantes.

H. F.

**A. MATHIEU. — Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies.** In-8°, Paris, Rueff, 1894.

Quoique ne rentrant pas absolument dans le cadre des ouvrages dont on s'occupe particulièrement dans ce journal, nous signalons à nos lecteurs l'excellent petit traité sur le régime alimentaire publié par l'un de nos collaborateurs, M. le Dr A. Mathieu. La plupart des malades atteints de dermatoses, souffrant en même temps de l'estomac et les rapports les plus étroits existant entre bon nombre de maladies cutanées et les troubles gastriques, les dermatologistes trouveront dans le livre de M. Mathieu un guide précieux qui leur facilitera singulièrement la composition des régimes à imposer aux malades, ce point si important de la thérapeutique dermatologique.

H. F.

*Le Gérant : G. Masson.*

